FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 N°

# THESE 677

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR


## LEROUX MAURICE, LOUIS

ANCIEN INTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 24 Février 1930 à NANTES (Loire Atlantique)


*Présentée et soutenue publiquement le* *1958*

CONTRIBUTION à l'ETUDE

de la

# MALADIE DE DUPUYTREN

STATISTIQUE de 150 INTERVENTIONS

*PRESIDENT : Monsieur le Professeur Jean PATEL*


R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1958 Nº

# THESE

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

LEROUX MAURICE, LOUIS

ANCIEN INTERNE des HOPITAUX de PARIS

Né le 24 Février 1930 à NANTES (Loire Atlantique)

*Présentée et soutenue publiquement le* *1958*

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

CONTRIBUTION à l'ETUDE

de la

# MALADIE DE DUPUYTREN

STATISTIQUE de 150 INTERVENTIONS

*PRESIDENT : Monsieur le Professeur Jean PATEL*

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BENARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CARNOT (P.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVASSU (M.), DEBRE (R.), DELBET (P.), DONZELOT (E.), CASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.) LAROCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITE (J.) LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), SANNIE (Ch.), SEZARY (A.), TANON (L.), VELTER (E).

Doyen : ..... Léon BINET
Membre de l'Institut

Assesseur : ..... Jean VERNE.

## I.- PROFESSEURS

| | | |
|---|---|---|
| Anatomie | | CORDIER (G.) |
| Anatomie Pathologique | | DELARUE (A.) |
| Bactériologie | | FASQUELLE (R.) |
| Biochimie Médicale | | JAYLE (M.F.) |
| Biologie appliquée à l'Educ. Phy. et Sports | | CHAILLEY-BERT (P.) |
| Biologie Médicale | | FAUVERT (R.) |
| Cancérologie Médicale et sociale | | BERNARD (J.) |
| Clinique de cardiologie | | MOUQUIN (M.) |
| Cliniques Chirurgicales | Beaujon | SICARD (A.) |
| | Cochin | QUENU (J.) |
| | Hôtel-Dieu | MENEGAUX (C.) |
| | Salpêtrière | MOULONGUET (P.) |
| Clinique Chirurg. réparatrice et orthopédique | | MERLE D'AUBIGNE (R.) |
| Clinique de Chirurgie cardio-vasculaire | | de GAUDARD-d'ALLAINES(F) |
| Clinique de Chirurg. infantile et orthopédie | | FEVRE (M.) |
| Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire | | MATHEY ( J.) |
| Clinique gynécologique | | FUNCK-BRENTANO (P.) |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | | DEGOS ( R.) |
| Clinique des maladies des enfants | | CATHALA ( J.) |
| Clinique des maladies infectieuses | | MOLLARET ( P.) |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale | | DELAY ( J.) |
| Clinique des maladies métaboliques | | HAMBURGER ( J.) |
| Clinique des maladies du sang | | MARCHAL |
| Clinique des maladies du système nerveux | | ALAJOUANINE ( T.) |
| Cliniques Médicales | Bichat | JUSTIN-BESANCON ( L.) |
| | Broussais | DE GENNES ( L.) |
| | Cochin | MOREAU ( R.) |
| | Hôtel-Dieu | BARIETY ( M.) |
| Clinique Méd. d'Hydro-climatologie thérapeutique | | DEBRAY ( C.) |
| Clinique Médicale propédeutique | PASTEUR | VALLERY-RADOT ( L.) |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition | | BOULIN ( R.) |
| Clinique de neuro-chirurgie | | PETIT-DUTAILLIS ( D.) |
| Cliniques Obstétricales | Baudelocque | LACOMME ( M.) |
| | Port-Royal | VARANGOT ( J.) |

| | |
|---|---|
| Clinique d'Obstétrique et de gynécologie | LANTUEJOUL ( P.) |
| Clinique Ophtalmologique | RENARD ( G.) |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | AUBIN ( A.) |
| Clinique de pneumo-phtisiologie | BERNARD ( E.) |
| Clinique psychiatrique infantile | HEUYER ( G.) |
| Clinique de puériculture | LELONG ( M.) |
| Clinique rhumatologique médicale et sociale | COSTE ( F.) |
| Clinique stomatologique | DECHAUME ( M.) |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | SENEQUE ( J.) |
| Clinique thérapeutique médicale | LEMAIRE ( A.) |
| Clinique urologique | FEY ( B.) |
| Embryologie | GIROUD ( A.) |
| Génétique médicale | LAMY ( M.) |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | SOULIE ( P.) |
| Histologie | VERNE ( J.) |
| Hygiène et clinique de la première enfance | TURPIN ( R.) |
| Hygiène et médecine préventive | JOANNON ( C.) |
| Médecine légale | PIEDELIEVRE ( R.) |
| Médecine du travail | DESOILLE ( H.) |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | GALLIARD ( H.) |
| Pathologie Chirurgicale | COUVELAIRE ( R.) |
| Pathologie exotique | LAVIER ( G.) |
| Pathologie expérimentale et comparée | LENEGRE ( J.) |
| Pathologie humorale et immunologie expérimentale ( chaire à titre personnel ) | MERKLEN ( F.) |
| Pathologie médicale | DECOURT ( J.) |
| Pathologie et thérapeutique générales | GARCIN ( J.) |
| Pédiatrie sociale | MARIE ( J.) |
| Pharmacologie et matière médicale | HAZARD ( R.) |
| Physico-chimie médicale ( chaire à titre personnel) | DOGNON ( A.) |
| Physiologie | BINET ( L.) |
| Physique médicale | STROHL ( A.) |
| Radiologie médicale | DESCREZ ( H.) |
| Technique chirurgicale | PATEL ( J.) |
| Thérapeutique | BROUET ( G.) |

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
## MAITRES de CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

| | |
|---|---|
| Anatomie | DELMAS (A.) pr s.ch.<br>CABROL ( C.)<br>DEBEYRE ( J.)<br>OLIVIER ( G.) |
| Anatomie Pathologique | GAUTHIER-VILLARD MlleP. pr.s.ch.<br>BUSSER ( F.)<br>GOUYGOU ( Ch.) |
| Bactériologie | NEVOT (A.) pr.s.ch.<br>CHRISTOL ( D.) |
| Biochimie médicale | ETTORI (J.) pr.s.ch.<br>DESCREZ ( P.)<br>POLONOVSKI ( J.)<br>SCHAPIRA ( R.) |

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548802_0030

| | |
|---|---|
| Biologie Médicale | BOURLIERE ( F.) |
| Dermato-syphiligraphie | DUPERRAT ( F?) |
| Embryologie | TUCHMANN-DUPLESSIS ( H.) |
| | COUJARD ( F. |
| Histologie | N ... |
| | N ... |
| Hydrologie | CORNET ( A.) |
| Hygiène | BOYER ( J.) pr.s.ch. |
| | DEPARIS (M.) pr.s.ch. |
| Maladies Infectieuses | BASTIN ( R.) |
| | DEROBERT (L.) pr.s.ch. |
| Médecine légale | GAULTIER ( M.) |
| | HADENGUE ( A.) |
| Médecine du travail | ALBAHARY ( G.) |
| Neuro-chirurgie | DAVID ( M.) |
| Neurologie | LHERMITTE ( F.) |
| | GRASSET ( J.) |
| | LE LORIER ( G.) |
| | LEPAGE ( F.) |
| Obstétrique | MERGER ( P.) |
| | MORIN ( P.) |
| | RAVINA ( J.) |
| | ROBEY ( M.) |
| Ophtalmologie | BREGEAT ( P.) |
| | DESVIGNES ( P.) |
| Orthopédie | JUDET ( R.) |
| Oto-rhino-laryngologie | AUBRY ( M.) |
| | MADURO ( R.) |
| Parasitologie | BRUMPT ( L.G.) |
| | CHABAUD ( A.) |
| | ABOULKER ( P.) |
| | BARGAT ( J.) |
| | BAUMANN ( J.) |
| | CAUCHOIX ( J.) |
| | DUBOST ( C.) |
| | FAUREL ( J.) |
| | FLABEAU ( F.) |
| Pathologie chirurgicale | GERMAIN ( A.) |
| | GOSSET ( J.) |
| | LAURENCE ( G.) |
| | LORTAT-JACOB ( J.) |
| | MATHEY ( J.) |
| | OLIVIER ( Cl.) |
| | POILLEUX ( F.) |
| | THOMERET ( G.) |
| | VERNE ( J.M.) |
| athologie expérimentale | LOEPER ( J.) |
| | MAURICE ( P.) |

| | |
|---|---|
| Pathologie médicale | BOUDIN ( G.) |
| | BOUVIER ( J.B.) |
| | BRICAIRE ( H.) |
| | BRISSAUD ( H.) |
| | CASTAIGNE ( P.) |
| | CONTE ( M.) |
| | DEROT ( M.) |
| | DOMART ( A.) |
| | LAMOTTE ( M.) |
| | LAROCHE ( C.P.) |
| | MAGREZ ( C.) |
| | MILLIEZ ( P.) |
| | PEQUIGNOT ( H.) |
| | PERRAULT ( M.) |
| | RAMBERT ( P.) |
| | ROYER ( P.) |
| | THIEFFRY ( St.) |
| | TURIAF ( J.) |
| | WOLFROMM ( R.) |
| | N ... |
| Pédiatrie | JOSEPH ( R.) |
| | MOZZICONACCI ( P.) |
| | POLONOVSKY ( Cl.) |
| Pharmacologie | CHEYNOL ( J.) pr.s.ch. |
| | LEVY (Mlle J.) pr.s.ch. |
| Physiologie | BARJETON ( D.) pr.s.ch. |
| | PARROT ( J.) pr.s.ch. |
| | DEJOURS ( P.) |
| Physique Médicale | DJOURND ( A.) pr.s.ch. |
| | GOUGEROT ( L.) |
| Pneumo-Phtisiologie | KREIS ( B.) |
| Psychiatrie | PICHOT ( P.) |
| Psychiatrie infantile | MICHAUX ( L.) |
| Rhumatologie | DELBARRE ( F.) |
| Stomatologie | CERNEA ( P.) |
| | CHAPUT ( Mme A.) |
| Thérapeutique | CHASSAGNE ( P.) |
| Urologie | KUSS ( R.) |

## III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES de COURS de CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

| | |
|---|---|
| Clinique chirurgicale | AMELINE ( A.)<br>HUGUIER ( J.)<br>LEGER ( L.)<br>PADOVANI ( P.)<br>ROUX ( M.) |
| Clinique médicale | DREYFUS ( Gilbert )<br>HAGUENAU (J.) pr.s.ch.<br>KOURILSKY ( R.)<br>MARCHAL ( G.) |
| Clinique neurologique | DE SEZE ( S.) |
| Clinique obstétricale | MAYER ( M.) |
| Clinique ophtalmologique | OFFRET ( G.) |
| Clinique pédiatrique | LAPLANE ( R.) |
| Clinique psychiatrique | BARUK ( H.) |

==========

Secrétaire général de la Faculté ..... M. MOREL ( J.)
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL ( C.)

---

Conservateur, chargé de la direction .... M. le Dr. HAHN( A.)
Conservateur ..... Mlle COICHON ( A.)
Bibliothécaires ..... Mlles DUMAITRE ( P.)
LAURENT ( H.), LE NOIR ( C.), QUIEVREUX ( E.)

---

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE,

Monsieur le Docteur L E R O U X

Professeur à la Faculté de Médecine
de NANTES,

Chirurgien des Hôpitaux de Nantes,

Qui fut mon premier maître.

En témoignage de mon affection
et de ma gratitude filiale.

A MA MERE.

AUX MIENS.

A NOTRE MAITRE :

Monsieur le Professeur P A T E L

Chirurgien de l'Hôpital TENON,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A NOTRE MAITRE :

Monsieur le Docteur Jean G O S S E T

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse, a bien voulu nous permettre d'utiliser ses observations, et nous a conseillé tout au long de l'élaboration de ce travail.

En témoignage de notre profonde et respectueuse gratitude.

A MM. les DOCTEURS BONVALLET et DAUTRY,

Dont les conseils amicaux m'ont toujours été précieux qu'ils en soient particulièrement remerciés.

A MES PREMIERS MAITRES

DANS les HOPITAUX de NANTES :

---

Monsieur le Professeur P I C A R D

Monsieur le Professeur M O U S S E A U

Monsieur le Professeur P I C H A T

Monsieur le Docteur D U V E R G E R.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX de PARIS :

Externat :

Monsieur le Docteur W E L T I.

Monsieur le Professeur Ag. G O S S E T.

Monsieur le Professeur B A R I E T Y.

Monsieur le Professeur D E P A R I S.

Monsieur le Professeur JUSTIN-BESANÇON.

Monsieur le Professeur L A'IN T U E J O U L,

Dont la constante bienveillance
m'a particulièrement touché.

Internat :

Monsieur le Docteur B L O N D I N.

Monsieur le Docteur R I C H A R D.

Monsieur le Docteur G U I L L A U M E.

Monsieur le Professeur C O R D I E R.

Monsieur le Professeur Ag. G O S S E T.

Monsieur le Professeur P A T E L.

Monsieur le Docteur M O U C H E T.

Monsieur le Docteur N O R A.

---

A Monsieur le Docteur C E R B O N N E T

Qui fut mon conférencier
d'Externat et d'Internat,
j'adresse mes remerciements
sincères.

# INTRODUCTION

Ce travail n'est pas une mise au point, résultant d'une longue compilation, mais bien l'exposé des notions qu'a acquises Notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé Jean GOSSET, par ses travaux anatomiques d'abord, et par l'étude et l'opération de 140 malades porteurs de la Maladie de DUPUYTREN.

Nous voulons au début de cet exposé, exprimer à Notre Maître, toute notre respectueuse gratitude pour l'autorisation qu'il nous a donnée de transcrire dans cette thèse les résultats de ses recherches; nous tenons également à remercier les Docteurs BONVALLET et DAUTRY , des conseils qu'ils nous ont prodigués au cours de l'élaboration de cet ouvrage.

Cet exposé comprendra tout d'abord une description de l'aponévrose palmaire superficielle, centrée sur deux régions plus particulièrement :

1.-La zone de transition digito-palmaire, entre le pli palmaire distal et le pli phalango-phalangien proximal. De nombreuses descriptions en ont été données, qui ne tiennent pas toutes compte des lésions observées dans la Maladie de DUPUYTREN. C'est pourquoi Notre Maître nous a conseillé d'y revenir.

2.-L'aponévrose Thénar, plus souvent atteinte par la Maladie de Dupuytren qu'il n'est classique de le dire, et sur la description de laquelle nous voulons insister.

Nous décrirons ensuite la technique opératoire, utilisée par notre Maître, telle qu'il nous l'a enseignée.

Nous y mettrons en évidence la succession de 3 temps opératoires, en essayant de bien montrer les pièges à éviter.

Suivra la description des soins post-opératoires, auxquels il convient d'accorder une valeur considérable, particulièrement en ce qui concerne la MECANOTHERAPIE.

Enfin, nous détaillerons l'étude statistique des 140 malades examinés et opérés par Notre Maître, Monsieur le Professeur Ag. Jean GOSSET depuis 1947, étude qui portera sur les manifestations de la maladie, et sur les résultats du traitement appliqué.

# ÉTUDE ANATOMIQUE

# DE

# L'APONÉVROSE PALMAIRE SUPERFICIELLE

L'aponévrose palmaire superficielle est fort bien décrite dans les traités d'Anatomie. Il est cependant nécessaire de revenir sur sa description, et plus particulièrement sur celle de la jonction digito-palmaire de l'Aponévrose Palmaire Moyenne ( A.P.M.), zone de passage. des paquets vasculo-nerveux de la paume vers les doigts.

Ce faisant, nous ne ferons qu'exposer les conclusions de notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé J. GOSSET. Ces notions s'appuient sur des études anatomiques, et sur la dissection de plus de 150 mains atteintes de la Maladie de DUPUYTREN.

# L'APONEVROSE PALMAIRE MOYENNE

L'Aponévrose Palmaire Moyenne représente l'éventail de terminaison du tendon du Petit Palmaire. Elle s'étend depuis la partie moyenne du Ligament Annulaire Antérieur du Carpe, jusqu'à la base des doigts, où elle apparaît divisée en 4 languettes.

Elle est d'épaisseur inégale : épaisse devant les tendons fléchisseurs, mince entre eux, ce qui a permis de décrire des bandelettes prétendineuses, et des lames intertendineuses.

A part quelques trousseaux de fibres transversales réunies sous le nom de Ligament transverse superficiel à la partie moyenne de la paume, et de ligament palmant interdigital à sa partie inférieure, qui soulève les commissures digitales, l'A.P.M. est constituée de fibres longitudinales. Parmi celles-ci, un petit nombre atteint la face profonde du derme.

La majeure partie de ces fibres se dirige en profondeur pour constituer les cloisons sagittales.

Les CLOISONS SAGITTALES sont des lames aponévrotiques, étendues de l'A.P.M. qu'elles quittent au niveau des bords latéraux des bandelettes prétendineuses, à l'Aponévrose Palmaire Profonde. En hauteur, elles occupent la jonction digito-palmaire, entre 1/4 distal des métacarpiens et ½ proximale de la 1ère phalange correspondante. En projection cutanée, cette distance correspond approximativement à l'espace Pli palmaire distal - pli de flexion digito-palmaire. (Cf. fig. 3 A).

Ces cloisons sont disposées de part et d'autre des tendons fléchisseurs et limitent entre elles 7 tunnels fibreux contenant d'une part les tendons fléchisseurs et leurs poulies de réflexion métacarpienne et phalangienne qui adhèrent à l'A.P.M., et entre ceux-ci, les paquets vasculo-nerveux et les lombricaux à leur jonction musculo-tendineuse. (Cf. fig. 1 et Fig. 2 A).

Les classiques avaient en outre décrit des cloisons secondaires divisant ces dernières loges en un espace musculaire et un vasculo-nerveux; si elles existent peut-être d'un point de vue strictement anatomique, elles ne présentent pas d'intérêt chirurgical car elles ne sont jamais vues ou individualisées lors de l'opération.

Au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, on décrit aussi des fibres dites perforantes, qui contournent la tête métacarpienne et se rejoignent sur le dos du tendon extenseur.

Mais le seul fait important dans cette région est de noter que les PAQUETS VASCULO-NERVEUX SONT SEPARES DES TENDONS FLECHISSEURS PAR LES CLOISONS SAGITTALES, et que celles-ci vont les accompagner jusqu'à leur pénétration dans le doigt. A partir de ce niveau, au contraire, le PAQUET VASCULO-NERVEUX VA SE TROUVER COMPRIS AVEC LES FLECHISSEURS DANS UNE MEME ENVELOPPE APONEVROTIQUE : l'Aponévrose Digitale.

L'APONEVROSE DIGITALE est constituée à chaque doigt par le prolongement d'une bandelette prétendineuse; celle-ci émet de chaque côté une série continue de fibres conjonctives qui enveloppent les faces latérales du doigt avant de se rejoindre aux bords de l'appareil extenseur et à sa face dorsale.(Fig. 1)

Cette gaine digitale a donc la forme d'un " Doigt de gant " qui s'étend depuis la partie moyenne de la 1ère phalange jusqu'à la base de la 3 ème; en fait, sur une main normale, elle cesse d'être disséquable à la partie moyenne du doigt. La pulpe du doigt ne comporte pas en effet de plan aponévrotique, mais bien des logettes fibreuses englobant des lobules graisseux.

L'extrémité supérieur du " Doigt de Gant " aponévrotique s'ouvre sur la zone de jonction digito-palmaire sous le Ligament Palmant, et limite avec la partie inférieure des cloisons sagittales correspondantes des boutonnières latérales qui s'ouvrent en " Ouies de poisson " ( fig. 1 ) de part et d'autre des tendons fléchisseurs et de leurs coulisses fibreuses, laissant pénétrer les paquets vasculo-nerveux palmaires des doigts.

Il convient d'insister à nouveau sur la disposition des paquets vasculo-nerveux et sur la structure de l'A.P.M. dans les 3 régions qu'ils traversent successivement.

1°.- A LA PAUME DE LA MAIN. L'A.P.M. est une formation unique, épaisse, adhérant latéralement aux aponévroses thénar et hypothénar, en avant un peu à la peau, mais qui est complètement libre en arrière, ou aucune fibre ne l'attache en profondeur. La face profonde de l'A.P.M. reçoit des fibres venues du bord inférieur du Ligament Annulaire Ant. du Carpe, dont elle est d'abord séparée par une mince couche de tissu celluleux ou graisseux, et qu'il est important d'enlever lors d'une aponévrectomie.

Dans cette région palmaire haute, les nerfs collatéraux sont situés sous l'A.P.M. dans un tissu graisseux confortable, précroisés par l'arcade palmaire superficielle,(protégée, elle aussi, par une lame cellulo-adipeuse ) et séparés des tendons fléchisseurs par leur gaine synoviale. IL N'Y A PAS DE CLOISONS SAGITTALES DANS LA REGION PALMAIRE SUPERIEURE.

2°.- DANS LA ZONE DIGITO-PALMAIRE. L'A.P.M. est divisée à ce niveau en 4 bandelettes : dont l'adhérence à la peau, pratiquement nulle sur une main normale, s'accentue dans la M.D. Elle envoie en profondeur les cloisons sagittales séparant des fléchisseurs les paquets vasculo-nerveux, qui sont donc situés en dehors des cloisons par rapport à l'axe du doigt correspondant.

Dans cette zone, si l'on dissèque en suivant le nerf comme fil conducteur, on le voit d'abord en dehors des cloisons, puis pénétrant dans le doigt, il glisse sous l'Aponévrose digitale en passant à travers l'oufe déjà décrite.(Fig. 1)

3°.- AU DOIGT en effet, l'Aponévrose digitale forme une enveloppe complète à tous les tendons et aux paquets vasculo-nerveux. Ceux-ci sont donc situés en dedans de cette aponévrose, la séparant latéralement des fléchisseurs et de leurs coulisses fibreuses.

L'aponévrose Palmaire adhère à ces coulisses, mais seulement à la base de P.1, jusqu'au pli palmaire basi-digital; jamais au niveau de la partie pulpaire de la 1ère phalange.

Il existe donc 2 zones de transition :

- L'une à la paume, début des cloisons sagittales, point où apparaissent les paquets vasculo-nerveux.

- L'autre sous le ligament palmant interdigital : les paquets V.N. d'extérieurs aux cloisons vont devenir intérieurs à l'aponévrose digitale en traversant les " ouies " digitales.

## *Les APONEVROSES THENAR et HYPOTHENAR*

Les Aponévroses Thénar et Hypothénar sont pour des raisons de commodité décrites indépendamment de l'A.P.M.; en fait, l'insertion de celle-ci sur celles-là ne se fait pas selon une ligne très nette, il y a entrecroisement de leurs fibres.

1°.- L'APONEVROSE HYPOTHENAR est de constitution assez simple, enveloppant en un tronc de cône les muscles hypothénariens.

2°.- L'APONEVROSE THENAR EST PLUS COMPLEXE et mérite plus d'attention.

Elle est tendue du bord externe du 1er Métacarpien au bord antérieur du 3 ème. En Haut, elle se perd sur la face antérieure du Ligament annulaire; en bas, elle se prolonge sur le pouce en une gaine digitale, qui cesse classiquement d'être disséquable à la base de P.1, mais qui se continue en fait jusqu'au niveau de l'articulation interphalangienne. Au niveau de la 1ère commissure, elle se continue avec l'aponévrose dorsale de la main.

C'est dans son ensemble une lame aponévrotique très mince, réalisée par un tissage de fibres entrecroisées, mais qui présente en surface un système rayonnant de fibres qui depuis la face palmaire et les bords de la 1ère phalange du pouce s'étalent en éventail sur l'éminence thénar, et rejoignent les systèmes aponévrotiques de l'A.P.M. :

- En HAUT, certaines fibres sont en continuité avec la terminaison du Petit Palmaire
- A la partie MOYENNE de la paume, elles rejoignent le ligament transverse superficiel;

- En BAS, dans la 1ère commissure, quelques fibres s'étendent de la face antéro-interne du pouce en direction des 2 et 3 èmes plis digito-palmaires, les premières pouvant remonter sur la face antéro-externe de l'index.

Cette description montre bien que l'Aponévrose Palmaire Superficielle forme un tout anatomique, ce que semble confirmer l'étude des lésions de la Maladie de DUPUYTREN ;

La maladie de Dupuytren crée en effet des épaississements que nous verrons très variables de certaines zones de ces formations aponévrotiques; néanmoins, quelle que soit la position du siège ou du maximum des lésions, ces dernières, développées dans l'aponévrose, auront toujours des sièges définis par l'anatomie même de cette aponévrose. Les lésions pourront toujours être systématisées par rapport à l'anatomie normale de l'aponévrose, il ne saurait être question d'atypie ou d'anomalie du siège des lésions.

FIG. 1 : LA JONCTION DIGITO-PALMAIRE

A, B, C, D, indiquent les niveaux des coupes de la Figure 2.

1.- Cloisons sagittales; 2.- Bandelette pré-tendineuse;
3.- Lame intertendineuse; 4.- Ligament palmant interdigital;
5.- Aponévrose digitale; 6.-Aponévrose palmaire profonde;
7.- Lombrical; 8.- Interosseux; 9.- Aponévrose dorsale profonde.

Fig. 2 : LA JONCTION DIGITO-PALMAIRE (Coupes)

1.- Cloisons sagittales; 2.- Bandelette prétendineuse; 3.- Lame intertendineuse; 4.- Ligament palmant interdigital; 5.- Aponévrose digitale; 6.- Aponévrose palmaire profonde; 7.- Lombrical; 8.- Interosseux; 9.- Aponévrose dorsale profonde; 10.- Paquet vasculo-nerveux; 11.- Aponévrose dorsale superficielle; 12.-Tendon extenseur; 13.- Fibres perforantes de l'Aponévrose palmaire moyenne; 14.- Tête métacarpienne; 15.-Poulie de réflexion des fléchisseurs.

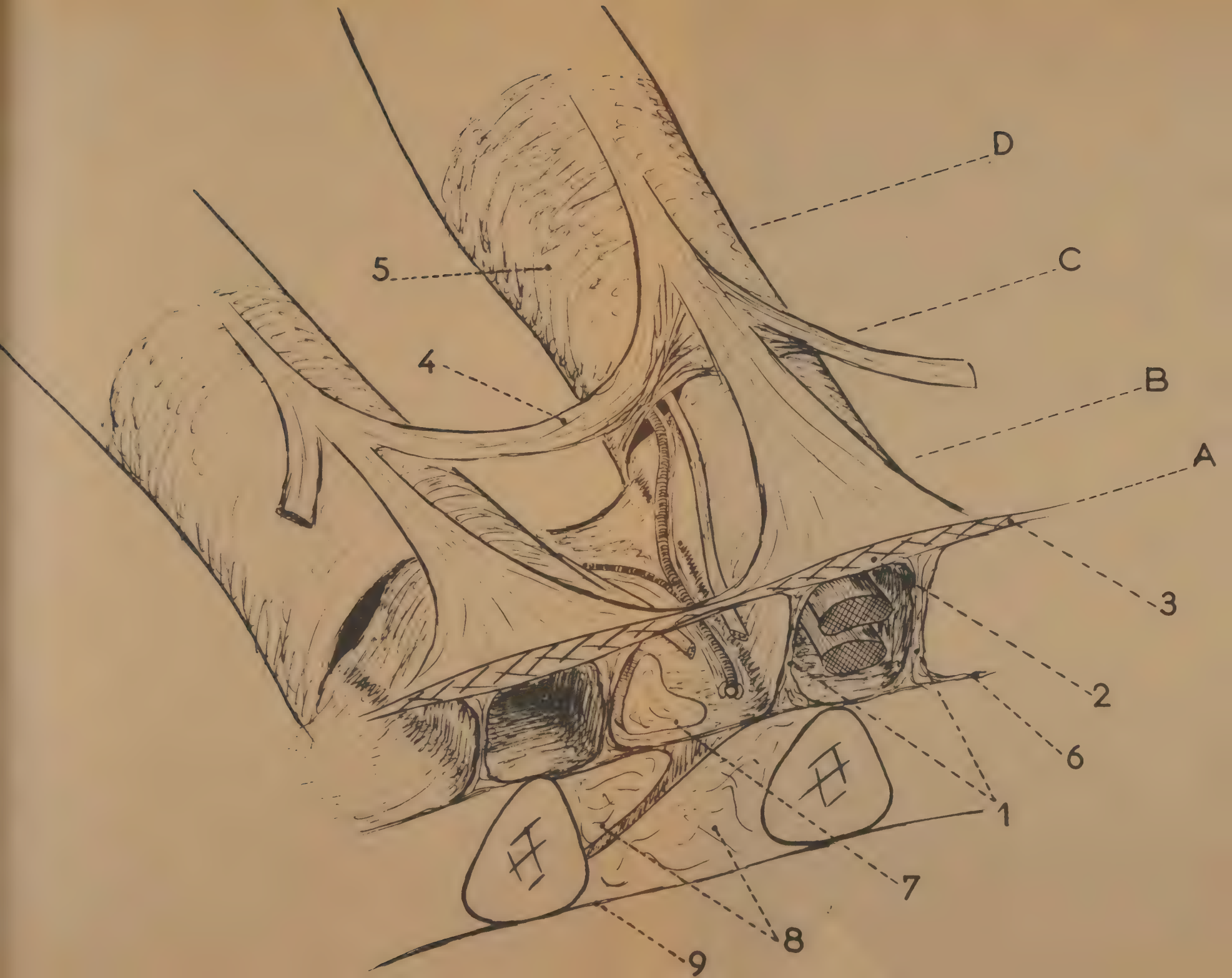
---

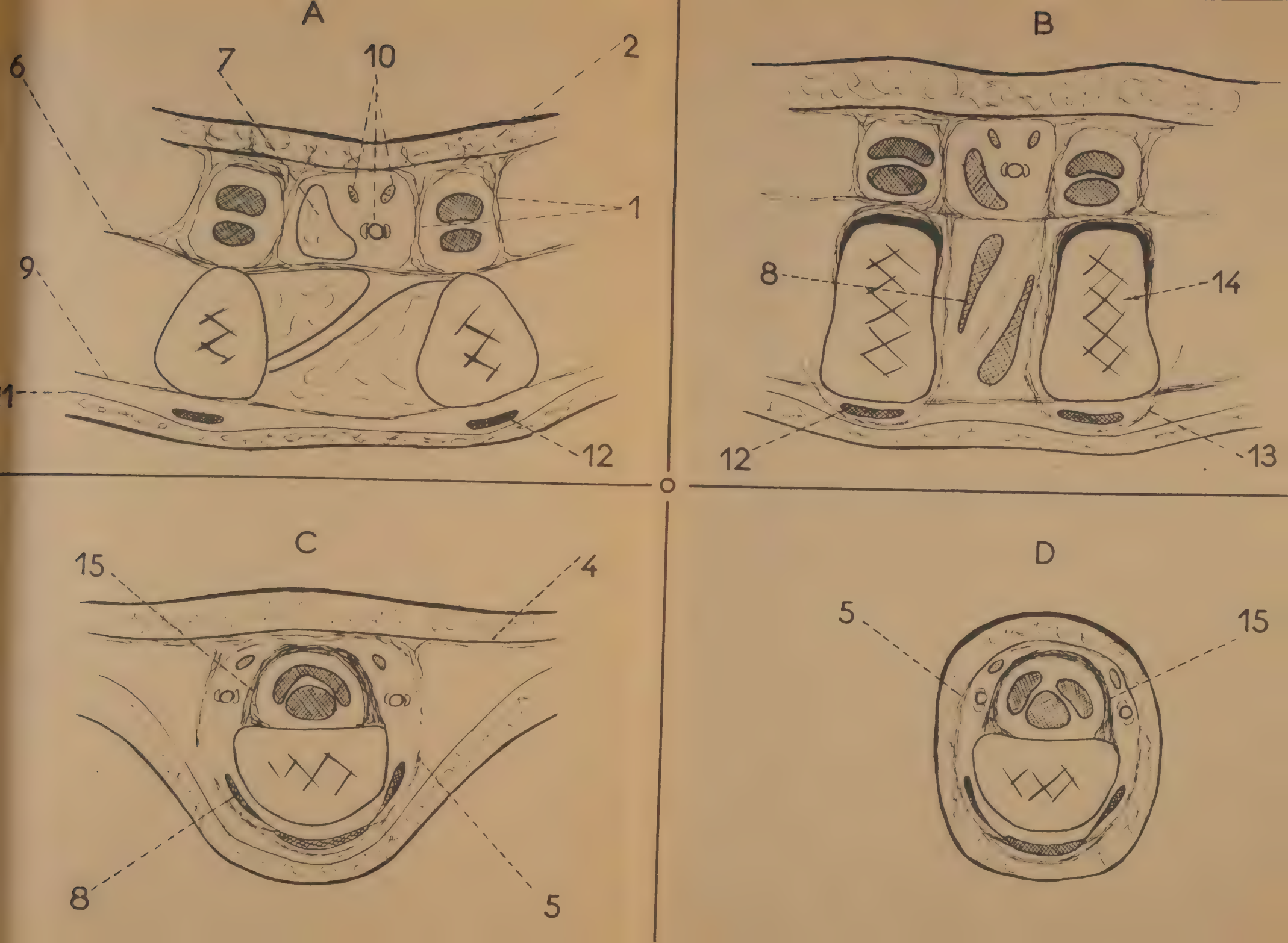
A.- Coupe au niveau du 1/4 distal des métacarpiens;

B.- Coupe au niveau des des têtes métacarpiennes;

C.- Coupe au niveau du ligament palmant;

D.- Coupe à la partie moyenne de la première phalange.


D
C
B
A
5
4
3
2
6
1
7
8
9


A
6
7
10
2
1
9
11
12
B
8
14
12
13
C
15
4
8
5
D
5
15

# LES LESIONS

# DE LA MALADIE DE DUPUYTREN

La fibrose de la maladie de Dupuytren peut porter sur toutes les parties de l'Aponévrose palmaire superficielle.

1°.- Les plus fréquemment rencontrées siègent sur l'A.P.M. :
brides plus ou moins épaisses dans la région palmaire, nodules parfois très volumineux, uniques ou multiples à la jonction digito-palmaire. En général situées devant les 4 ème ou 5 ème métacarpiens, elles peuvent à la moitié externe et jusqu'aux confins des aponévroses latérales.

Les CLOISONS SAGITTALES sont envahies, rendant parfois très intimes les rapports entre elles et les paquets vasculo-nerveux, mais il faut insister sur le fait que l'envahissement des cloisons ne modifie nullement les rapports entre elles et les paquets vasculo-nerveux; ceux-ci ne sont jamais repoussés. L'envahissement des cloisons se caractérise seulement par leur épaississement, elles peuvent atteindre 2 mm d'épaisseur; lorsqu'elles sont envahies, ces cloisons doivent être coupées très profondément.

Quant aux arcades du ligament palmant, il n'est pas rare qu'elles soient prises, elles forment alors une corde arrondie qui file obliquement d'avant en arrière et de l'axe du doigt vers la périphérie, enjambe le paquet vasculo-nerveux ( bord postérieur de l'ouïe ). Dans ces cas, la dissection est très difficile et il faut faire très attention au croisement de cette corde avec le nerf.

2°.- L'APONEVROSE DIGITALE n'est en général prise qu'au niveau de P.1. Ces lésions se présentent sous forme d'une bande épaissie médiane, généralement nodulaire, se prolongeant vers le pli P.1-P.2 , où bien souvent, elle se termine par division en fourche à 2 branches nettes. (Voir Fig. 5)

Quand cette aponévrose est épaissie sur la ligne médiane, elle est toujours nettement séparée de la coulisse tendineuse par une lame de tissu cellulo-graisseux lâche dans lequel on retrouve facilement les nerfs qui sont plus médians qu'on ne le pense habituellement. Au voisinage de l'articulation inter-phalangienne proximale, le tissu cellulo-graisseux manque, et le nerf est enserré dans un épaississement fibreux; à ce niveau seulement, on peut rencontrer des difficultés opératoires réelles pour suivre le nerf à l'intérieur de la bande fibreuse, ou si l'on veut couper loin la bande fibreuse, pour ne pas couper le nerf avec.

Quant au contraire, c'est la partie latérale de l'aponévrose digitale qui est épaissie, il n'y a pas de dangers pour le nerf, car le nerf est très médian, et la bandelette latérale très extérieure. Il faut dans ce cas la disséquer loin en arrière vers la face dorsale du doigt, en sachant qu'elle adhère parfois assez fortement à la peau à ce niveau.

Il faut insister sur la grande fréquence d'une bride latérale interne située sur le bord cubital du Vème doigt, bride qui se prolonge en haut sur la terminaison des muscles hypothénariens. Au niveau de ce doigt, la bride latérale filant en arrière est la plus fréquente.

Notons enfin que, très rarement ( nous n'en avons rencontré que 3 cas ) la bandelette se prolonge sur la 2ème phalange sous forme d'une bride généralement latérale, d'un seul côté. La rareté de ce prolongement au niveau de la 2 ème phalange est importante à signaler, car elle exclut les longues incisions en "Z" sur toute la longueur du doigt, que certains chirurgiens ont proposées.

Rappelons que l'aponévrose digitale peut être prise isolément, sans atteinte palmaire; de telles lésions, si elles sont en général unidigitales, peuvent atteindre plusieurs doigts simultanément. Ces lésions sont axiales ou latérales. On peut voir des lésions en regard sur les faces latérales du IV et du V (Cf. Fig. 5 E).

3°.- Il faut insister encore sur 2 régions dont la dissection est spécialement délicate :

- LA ZONE DE PASSAGE DIGITO-PALMAIRE : c'est là que les paquets V.N. pénètrent dans les " ouïes " du doigt. C'est à ce niveau que l'on rencontre en effet les épaississements des bandelettes du ligament palmant interdigital : en amont de l'ouïe, le nerf est séparé du tendon par des fibres perforantes; à son niveau, la bandelette épaissie du ligament palmant croise superficiellement le nerf et l'enferme dans le même canal que le tendon.

- LA REGION DE L'ARTICULATION INTERPHALANGIENNE PROXIMALE -

A ce niveau, les nerfs collatéraux plus médians qu'il n'est classique de le dire, et sont d'autant plus menacés que l'on croit disséquer en toute sécurité, et qu'il n'y a plus de tissu celluleux, les nerfs sont englobés dans la terminaison de la bandelette palmaire.

4°.- La maladie de Dupuytren

exceptionnellement peut se localiser sur le tendon du Petit Palmaire, prouvant ainsi l'unité anatomique et pathologique de celui-ci et de l'A.P.M. Nous avons rencontré une fois de telles lésions, plusieurs années après une aponévrectomie bilatérale, sous forme d'un gros nodule ( un à chaque poignet ) du volume d'une noix sèche, situé juste au dessus du Ligament annulaire antérieur du carpe. (Fig. 3 B)

5°.- LES LESIONS THENARIENNES nous semblent très intéressantes parce que longtemps négligées.

Elles portent essentiellement sur les fibres en éventail de l'aponévrose radiale; on peut les rencontrer : (Fig. 3 B)

- sous forme de brides latérales du pouce, terminées à une au moins de leurs extrémités par un renflement nodulaire, situé au contact de l'une des 2 articulations Méta-phalangienne ou inter-phalangienne.

- plus souvent, elles s'étendent franchement sur l'éminence thénar :

Soit et dans la majorité des cas le long du bord libre de la 1ère commissure, du bord interne du pouce à la face antéro-externe de la 2 ème articulation M.P. susceptible de descendre devant la 1ère phalange de l'index. Dans ce cas, les nodules siègent en plein milieu de la commissure, ou à ses extrémités.

Soit obliquement à la face antérieure de l'éminence thénar, partant du milieu du pli méta-phalangien du pouce pour remonter obliquement vers la ⅓ proximale du pli d'opposition.

- Plus rares, par contre, sont les 3 dernières localisations :

Bride longeant le bord externe de l'éminence thénar et du pouce;

Bride oblique joignant la 1ère à la 3ème articulation M.P.

Bride transversale de la paume ( décrite par Tostivint dans sa thèse, mais jamais rencontrée chez nos malades ) qui relie la 1ère à la 5ème Articulation M.P.

Les lésions fibreuses de la maladie de Dupuytren présentent un caractère très important : Elles sont RETRACTILES. Ceci explique :

1°.- Les ADHERENCES CUTANEES; en effet, les descriptions classiques de l'A.P.M. insistent sur l'existence de fibres longitudinales se terminant à la face profonde du derme . tout spécialement au niveau des plis de flexion.

La rétraction de ces fibres est cause des ombilications et plis cutanés profonds qui gênent parfois considérablement la dissection en surface des lésions. Elle explique également les adhérences étendues des cordes et nodules à la peau, d'autant que tout tissu cellulo-graisseux disparait de ces zones; la dissection est alors très aride, plus particulièrement au niveau des plis de flexion et des commissures; la peau y est en effet très mince.

2°.- LES ADHERENCES AUX POULIES DE REFLEXION des fléchisseurs s'accentuent également : il faut alors prendre garde de ne pas pousser la dissection trop profondément dans la poulie, ce qui pourrait amener à ouvrir, par inadvertance, la gaine synoviale, incident à vrai dire sans importance.

Même si un fragment de coulisse était enlevé avec les lésions, il en reste toujours suffisamment pour maintenir le tendon en bonne place.

3°.- LA RETRACTION DES CLOISONS SAGITTALES tend à rapprocher l'A.P.M. de l'A.P. profonde; les tunnels qu'elles délimitent se rétrécissent d'autant plus que l'épaississement des cloisons tend à en diminuer le diamètre transversal, accentuant les rapports étroits des paquets V.N avec les cloisons, tout particulièrement à la jonction digito-palmaire.

De plus, la rétraction des cloisons sagittales, situées on le sait à cheval sur l'articulation M.P. en détermine la flexion, conjointement avec la rétraction de la partie antérieure de l'aponévrose digitale, et suivant l'extension du processus, on voit se fléchir successivement les 1ère, 2ème et 3ème phalanges. Il faut remarquer cependant que cet ordre de flexion des phalanges n'est pas toujours respecté.

Mais pour expliquer tous les phénomènes observés, il est nécessaire de faire entrer en ligne de compte l'existence de lésions portant électivement sur un groupe de fibres :

- Les SUBLUXATIONS PHALANGIENNES sont dues à la rétraction de fibres qui faisant le tour d'une phalange près de sa partie moyenne, agissant en complètant la flexion commencée par la bandelette prétendineuse; en même temps qu'elles fléchissent la phalange, ces fibres, agissant à la manière d'un licol, attirent en avant la base de la phalange, tendant à la subluxer par rapport à la surface articulaire opposée. Il en résulte à la longue des lésions ostéo-cartilagineuses et ligamentaires qui compromettent la fonction ultérieure du doigt même si une intervention complète est pratiquée.

- La lésion très particulière que réalise une HYPERFLEXION DES 2 PREMIERES PHALANGES AVEC HYPEREXTENSION DE LA 3ème, s'explique par la traction des fibres latéro-digitales sur l'appareil extenseur. Celui-ci va être attiré en avant par la rétraction des fibres aponévrotiques et ainsi se décaler par rapport à l'articulation interphalangienne proximale, comme lorsque la section de la bandelette moyenne de l'extenseur au dos de la 1ère phalange détermine la déformation dite " doigt en marteau "(nous ne l'avons observé que 5 fois)

- Il faut noter que la rétraction des doigts ne se fait pas toujours dans le plan de flexion normal ; des déviations peuvent se produire, dûes à une rétraction asymétrique des lésions digito-palmaires.

= Au niveau du pouce, il est rare d'observer des lésions rétractiles; lorsqu'elles existent, leur conséquence est de 2 ordres :

. Limitation de l'ABDUCTION, de gravité variable, au maximum, le pouce est collé le long de la main sans pouvoir s'en écarter ( nous avons observé un cas de cette gravité).

. Limitation de l'EXTENSION, qui ne dépasse 5° au niveau de l'articulation inter phalangienne, mais qui peut réaliser un véritable blocage à 9° de la Métacarpo-phalangienne ( un cas ).

# EXAMEN CLINIQUE

# D'UN MALADE ATTEINT

# DE MALADIE DE DUPUYTREN

L'examen clinique d'un malade atteint de Maladie de Dupuytren répond à des buts très précis :

1.- Etude de la maladie elle-même, de ses caractères anatomiques, et de son mode évolutif.

2.- Recherche étiologique.

3.- Recherche de lésions associées.

4.- Etude du terrain dans un but pronostic, et pour peser les indications thérapeutiques.

## I.- LA MALADIE ELLE-MEME

1°.- Connaître la date de début est très souvent assez difficile, car le début est extrêmement lent, et pendant longtemps le malade prend ses lésions pour de simples " durillons "; tout au moins, peut-on savoir à quel moment le malade s'est aperçu de sa maladie.

Il faut faire préciser, lorsque c'est possible :

- la date de début de la fibrose palmaire,

- et celle du début de la rétraction; il faut aussi s'efforcer de faire préciser s'il y a eu une cause apparente qui a fait accélérer le processus évolutif et provoqué l'apparition de la rétraction ( traumatismes, ... ) nous l'avons observé une fois.

2°.- Il faut ensuite se renseigner de façon précise sur l'existence de troubles fonctionnels :

- Manifestations douloureuses, qu'il s'agisse de douleurs lorsque un objet dur entre en contact ou heurte un nodule ( manche d'outil ... ), ou lorsque le manche d'un outil serré dans la main appuie sur le dos d'un doigt en flexion extrême.

Il peut s'agir, plus rarement de crampes ou de tiraillements dans la main ou la partie inférieure de l'avant-bras.

- Troubles de l'équilibre vaso-moteurs :

Teinte cyanique des téguments, sudation exagérée, manifestations douloureuses liées à l'exposition au froid.

- Et surtout, gêne professionnelle, facteur très important à considérer, c'est souvent celui qui amène le malade au chirurgien, c'est le seul constant.

## II.- CARACTERES ANATOMIQUES

1°.- La Topographie de la fibrose qui existe sous forme de cordes et de nodules, en général associés.

Il faut préciser l'étendue de ces lésions, sans oublier d'explorer les faces latérales des doigts, et l'éminence thénar ( on doit pour celà mettre en tension l'aponévrose radiale en plaçant le pouce en abduction et extension ).

On doit en outre noter l'étendue de la zone d'adhérence cutanée aux lésions.

On aura avantage à consigner ces données sur un dessin, qui permettra ultérieurement de se rendre compte de l'importance des lésions plus facilement que par la lecture d'une description.

2°.- Le degré de Rétraction des doigts doit être noté suivant la classification d'Iselin; il y a intérêt à doubler cette description par des schémas.

L'état de chaque doigt apparaît ainsi au premier coup d'oeil donné à l'observation.

3°.- L'Etat ostéo-articulaire, doit être étudié avec minutie, surtout en cas de lésions très rétractile.

En effet, lorsque un doigt est fléchi au 4° et bloqué dans cette position, il est difficile de connaître la valeur de ses articulations et de prévoir quelle sera leur fonction post-opératoire : la radio pourra dans quelques cas montrer des lésions à type de pincement ou de subluxation phalangienne.

Mais surtout, il est très important de rechercher des antécédents de fracture phalangienne, articulaire ou non, toujours causes de raideurs, et facteurs de mauvais pronostic.

4°.- L'Etat de la PEAU permet de prévoir certaines particularités anatomo-pathologiques. Il faut distinguer 2 types de peaux palmaires :

- Les mains calleuses à peau épaisse, l'épaississement étant étendu à toute la surface de la paume. En général, dans ces cas, l'aponévrose adhère beaucoup à la peau, mais en contrepartie, il semble que les brides profondes y soient moins importantes; les adhérences cutanées larges, ne correspondent pas toujours aux lésions des fibres perforantes.

- Les mains souples, à peau mince, adhèrent en général assez peu à l'aponévrose. Les adhérences cutanées ne dépassent pas le plus souvent 3 à 4 mm de part et d'autre du pli palmaire distal.

5°.- Le mode évolutif de la maladie dont on se rendra compte d'après la durée d'évolution depuis le début de la maladie, en notant que les formes d'évolution rapide sont volontiers douloureuses et accompagnées de troubles vaso-moteurs.

## III.- RECHERCHE ETIOLOGIQUE

1.- L'âge du malade.

2.- La profession, manuelle ou non, la proximité ou non de la retraite pourra être utilisée lors de la discussion thérapeutique

3.- Les Antécédents familiaux seront étudiés, bien qu'il soit assez rare de retrouver des parents proches atteints de la maladie de Dupuytren.

4.- On devra rechercher des antécédents :

- traumatiques : fractures, contusions, plaies ou contusions de la main, des doigts, du membre supérieur en général.

- Epileptiques ou rhumatismaux ;

- et s'attacher à étudier l'état vaso-moteur de la main.

IV.- On doit rechercher des LESIONS ASSOCIEES :

- coussinets dorsaux
- maladie de Ledderhose
- maladie de La Peyronie.

V.- Il est très important de FAIRE un BILAN en vue d'établir un pronostic et d'appuyer la discussion thérapeutique.

Ce bilan porte sur :

1.- La PROFESSION du MALADE.

On sera plus enclin à opérer précocement un travailleur manuel qu'un malade dont l'affection n'est pas gênante.

Un droitier se fera opérer plus précocement si c'est sa main droite qui est atteinte.

On devra conseiller l'abstention chirurgicale au malade qui est proche de la retraite.

2.- Le PSYCHISME du MALADE.

Le résultat final du traitement dépend en effet du désir de guérir du malade, de sa volonté de faire sérieusement la mécanothérapie post-opératoire :

De son intelligence à comprendre qu'il a une part active dans le traitement, par la persévérance de son effort de rééducation.

C'est dire qu'il est parfois utile d'obtenir l'avis d'un psycho-somaticien.

3.- L'état neuro-vasculaire de la main.

- Les douleurs sont de mauvais pronostic;

- le risque opératoire existe chez des malades à l'équilibre vaso-moteur instable, même en dehors des grands syndromes vaso-moteurs tels le syndrome de Raynaud.

- Il y a aussi danger opératoire sur des mains dont l'équilibre vaso-moteur a pu être perturbé par un accident gelure par exemple.

4.- L'état du squelette, à la recherche d'antécédents traumatiques en particulier.

5.- L'état de la peau, sur lequel nous avons insisté plus haut.

Au terme de cet examen, il est intéressant de considérer schématiquement 2 formes évolutives de la maladie de Dupuytren :

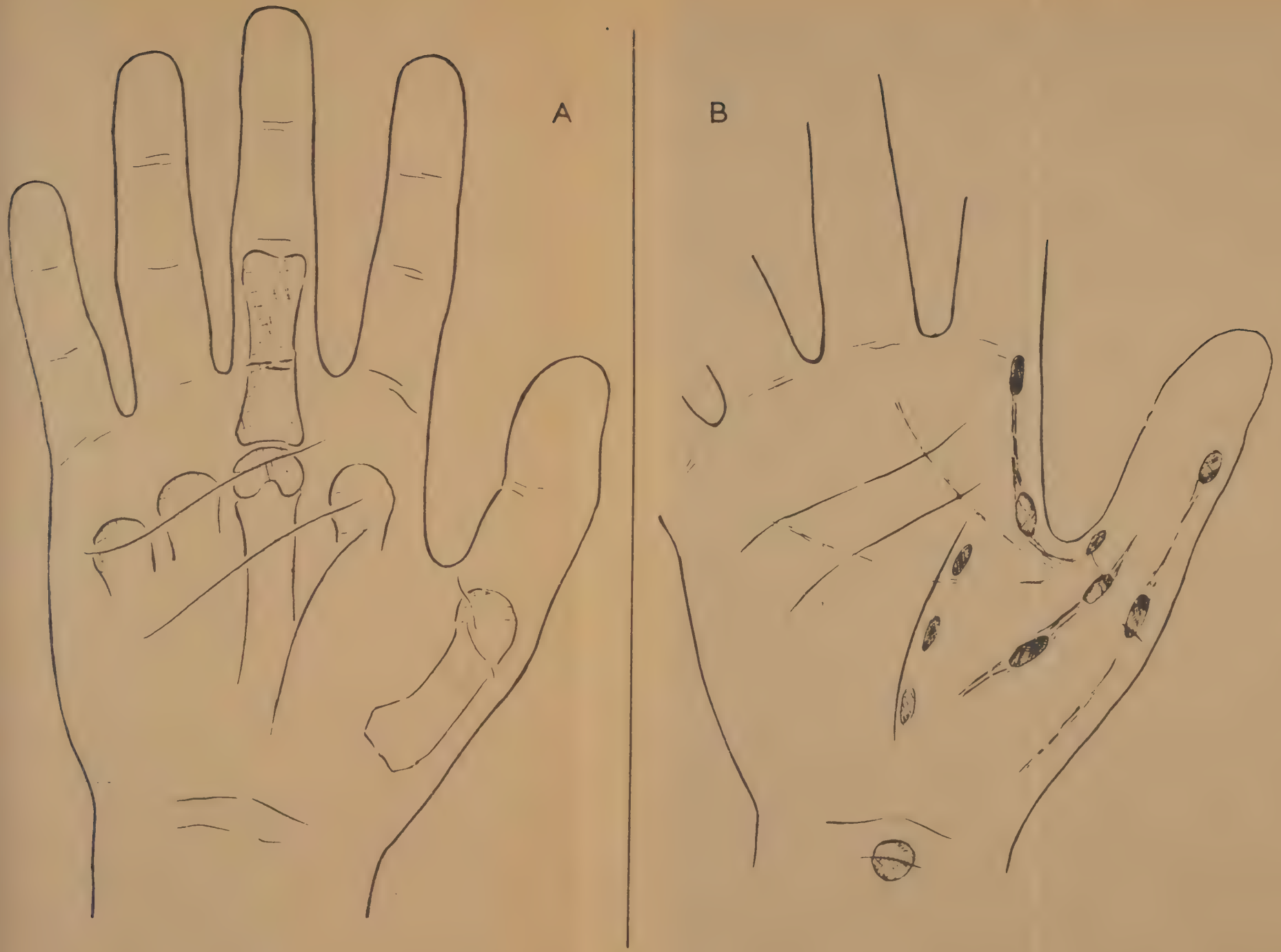
- Une forme lente, qui évolue sans phénomènes douloureux ou vaso-moteurs d'assez bon pronostic.

- Une forme plus rapide, qui s'accompagne de douleurs, ( s'agit-il de manifestations de type rhumatismales ) et de troubles vaso-moteurs, dont le pronostic est mauvais ( Obs. 33 en est un exemple ).

FIGURE 3

A.- Projection du squelette de la main par rapport aux repères cutanés (d'après un dessin de M. le Professeur J.GOSSET)

B.- Les localisations thénariennes de la Maladie de DUPUYTREN.


A
B

# INDICATIONS OPÉRATOIRES

Les indications opératoires sont actuellement bien codifiées, et les chirurgiens sont dans l'ensemble d'accord sur la conduite à tenir; seuls rhumatologues et physiothérapeutes continuent leurs recherches thérapeutiques par les moyens physiques et médicamenteux - mais jusqu'à présent, ces études n'ont pas donné de résultats régulièrement bons, tout au moins en ce qui concerne les formes de la maladie avec rétraction - et d'ailleurs pour les dernières d'entre elles ( injection " in situ " d'hydrocortisone ) le recul n'est pas suffisant pour fonder un jugement sûr.

Actuellement, les indications thérapeutiques sont les suivantes :

1.- En cas de lésions bénignes avec rétraction minime ou nulle, mieux vaut s'abstenir de tout geste chirurgical, en se rappelant que parfois la Maladie de Dupuytren reste très longtemps à ce stade ( une de nos malades a conservé sa maladie sous une forme bénigne pendant 20 ans ). Mais il convient de prévenir le malade qu'il faudra envisager une décision chirurgicale si un jour l'évolution de la maladie reprend et que les doigts " se fléchissent ".

Certains malades à ce stade voient leurs lésions fibreuses s'assouplir sous l'effet de séances d'ionisation iodo-iodurée faites par séries de 10.

Nous n'avons pas assez de recul pour juger les résultats obtenus par des injections locales d'hydrocortisone dans des formes jeunes de la maladie observées à l'hôpital Saint-Antoine. Indiquons seulement que la technique utilisée par notre Maître, se caractérise par le point de ponction, situé sur le dos de la main, dans un espace intermétacarpien voisin de la lésion à injecter.

2.- Dès que se manifeste la rétraction des lésions fibreuses, l'heure chirurgicale a sonné. Les résultats en seront dans l'ensemble d'autant meilleurs que :

la peau est plus souple
les lésions moins étendues
et les doigts moins rétractés.

- L'opération doit être toujours :

une aponévrectomie totale, faite au travers d'incisions qui doivent toujours suivre les plis de flexion.

- A ce stade palmaire, il est souvent utile d'ajouter un temps digital pour procéder à l'ablation des lésions situées en général au niveau de P1.

- si les lésions sont importantes : médiane et latérales, avec rétraction de la peau phalangienne dans le sens de la longueur et flexion des art. interphalangienne, il faut faire une plastie en "Z"

- si les lésions sont strictement latérales, et que la peau phalangienne a conservé longueur et souplesse et si le doigt ne présente pas de rétraction, tout au moins dans les interphalangiennes, on peut se contenter d'incisions plus simples en "L" ou en "L" renversé, voire plus rarement, une incision longitudinale latéro-digitale quand toutes ces conditions ne sont pas réunies, mieux vaut pratiquer une incision en "Z". C'est elle qui est le plus souvent indiquée.

- Parfois, le temps digital est seul indiqué, en cas de lésions strictement digitales.

- Exceptionnellement, la gravité des lésions digitales peut pousser à pratiquer l'amputation d'un doigt - il s'agit en général du V- il est alors prudent de conserver la peau dorsale de la 1ère phalange qui pourra éventuellement servir de plastie palmaire.

En pratique, on ne doit pas amputer d'emblée; si on le fait, c'est que l'on y est obligé par des séquelles graves de traumatismes, ou que le doigt a déjà subi ailleurs une intervention sans amélioration voire avec aggravation.

3.- En présence de lésions thénariennes, il ne faut pas, semble-t-il, être trop interventionniste; il est rare qu'elles entrainent une gêne fonctionnelle, et elles se montrent dans l'ensemble, peu évolutives.

Il est indiqué d'opérer lorsque :

- des manifestations douloureuses liées au contact d'objets durs entrainent une gêne professionnelle;

- des troubles fonctionnels importants apparaissent par par limitation de l'extension ou de l'abduction même en l'absence de douleurs.

# TECHNIQUE CHIRURGICALE

## INSTRUMENTATION

Nous ne citerons ici que les instruments qui sont indispensables. Ce sont :

1.- Le Bistouri " américain " à lames interchangeables : utiliser la lame courte, à tranchant courbe ( lame N° 15 ).

2.- Des Ciseaux courbes et fins, mais non pointus, qui sont des ciseaux de Mayo en réduction; ceux utilisés à Saint-Antoine sont ceux dont la longueur des lames est de 2 cm 5 et la longueur totale de 12 cm.

3.- Le jeu de Pinces à disséquer contenu dans la boite, doit comporter :

- Une pince fine et sans griffes;
- Une pince fine et à griffes, qui d'ailleurs sert peu;
- Une pince d'ophtalmologie, dont les mors sont formés d'une série de petites dents fines, et appelée pince de GRAEFF.

4.- Une pince d'OMBREDANNE, qui sert à saisir le sommet de l'aponévrose; elle donne une prise solide.

5.- Un jeu de petits écarteurs :

- de petits écarteurs de Farabeuf, utilisés en Ophtalmologie sous le nom d'écarteurs palpébraux :
- des écarteurs à 2 et 4 griffes ;
- un crochet mousse qui permettra de récliner délicatement les vaisseaux et nerfs au couts de la dissection

6.- La " Main de plomb " est un découpage en forme de main, 2 fois grandeur nature, taillé dans une lame de plomb de 2 ou 3 mm d'épaisseur, et dont on replie les extrémités sur chaque doigt pour les maintenir.

La main reste ainsi bien à plat, les doigts ne peuvent se replier; cependant, les doigts malades lorsqu'ils sont gravement atteints, ne seront accrochés qu'au moment où la dissection de l'aponévrose sera assez avancée pour permettre de les étendre.

7.- Un garrot pneumatique est absolument indispensable; il est impossible de disséquer correctement une main, si l'on n'a pas un champ opératoire exsangue. ( Sterling BUNNEL dit : " On ne répare une montre dans une bouteille d'encre "). Il doit être appliqué au niveau du bras ( jamais à l'avant-bras ), après mise en place d'une bande d'Esmarch en aval. Le gonflage de ce garrot peut se faire en suivant les indications d'un manomètre branché en dérivation sur la valve, mais ceci n'est pas indispensable; avec un peu d'habitude, on se rend compte à la main avec une approximation suffisante, de la pression réalisée.

La majorité des auteurs est actuellement d'accord, pour considérer qu'un tel garrot ne doit pas être laissé en place plus de UNE HEURE ET QUART, grand maximum.

En pratique, il n'est pas toujours facile de se procurer dans le commerce un bon garrot pneumatique; C'est pourquoi notre Maître en a fait faire pour son service en utilisant un segment de chambre à air de motocyclette, muni d'une valve, vulcanisé à ses 2 extrémités, et enveloppé dans une gaine en toile bien ajustée.

## PLACE du CHIRURGIEN

Le chirurgien change de place, au cours de l'intervention :

- Pour une main DROITE, il se place d'abord sur le côté radial de la main, puis termine du côté cubital,

- Pour un côté GAUCHE, c'est l'inverse :

Ce changement de place, s'il est regrettable et manque d'élégance, n'en est pas moins très utile : en effet, pour un chirurgien droitier, la dissection ne se fait confortablement qu'en allant de la droite vers la gauche, qu'il s'agisse d'une dissection au bistouri ou aux ciseaux.

## PREPARATION des TEGUMENTS

1°.- La préparation des téguments revêt une importance extrême.

Elle varie suivant la profession du malade, l'existence ou non de callosités palmaires, la présence d'ombilications ou de plis cutanés profonds et permanents : dans certains cas, il faut 8 jours avant qu'une main puisse être présentée au chirurgien; dans d'autres plus favorables, 48 heures peuvent suffire : en cette matière, aucune règle ne peut être formulée, seul le chirurgien est apte à juger la préparation suffisante.

Cette préparation comporte obligatoirement les actes suivants :

- couper les ongles très courts; raser la main

- savonnages prolongés et répétés des mains avec brossage qui doit être particulièrement insistant dans les plis, et les zones où devront porter des incisions.

- pansements à la vaseline, pour ramolir et pouvoir décaper plus facilement les callosités. Ils ne doivent être faits à moins de 48 H. avant l'opération; il faut en effet que plusieurs nettoyages à l'éther aient été faits, pour être sûrs que tout le corps gras a bien été enlevé.

- bains dans des solutions d'ammoniums quaternaires ( CEQUARTYL à 2 ‰) sont très importants pour réaliser une bonne désinfection.
- La veille de l'intervention, un pansement sec stérile est mis en place.

2°.- La désinfection du champ opératoire est réalisée par un badigeonnage soigneux à l'ALCOOL IODE de toute la main et de l'avant-bras.

## SUCCESSION des TEMPS OPERATOIRES

### I.- INCISION DANS LE PLI PALMAIRE DISTAL ET DISSECTION DE LA PEAU PALMAIRE

Le chirurgien est placé sur le côté radial pour une main droite, cubital pour une main gauche.

L'INCISION, qui suit le pli palmaire distal, commence à ½ cm du bord cubital de la main; son extension du côté radial dépend des lésions à enlever : le plus souvent, elle s'arrête au devant du 3 ème métacarpien, mais parfois doit s'étendre au delà devant l'index.

Cette incision est délicate à réaliser correctement; il faut avec le petit bistouri, inciser doucement, car la peau n'est pas plane, suivre les saillies et les creux que fait la peau au niveau des bandelettes aponévrotiques et entre elles. Il faut inciser prudemment, pour éviter de pénétrer dans les lésions aponévrotiques lorsque la peau est soulevée par elles.

La peau incisée, va commencer un temps opératoire difficile et très important; la libération cutanée. Elle doit se faire obligatoirement au bistouri, sur au moins 1 cm, en dédolant. Cette dissection doit être très prudente, gardant de façon très stricte le plan de clivage, parfois difficile à trouver; il faut éviter de pénétrer et dans l'aponévrose et dans l'épaisseur de la peau. Pour celà, il est important de se souvenir que l'épaisseur de la peau est très variable d'un malade à l'autre : les peaux calleuses peuvent avoir jusqu'à 2 mm d'épaisseur, alors qu'une peau mince atteint à peine 1 mm. Au niveau d'une ombilication cutanée, il convient de redoubler de prudence, pour ne pas sectionner la zone ombiliquée.

Dès que l'on a dépassé la région d'adhérences serrées, on délaisse le bistouri pour continuer la dissection aux ciseaux courbes et fins. Ils doivent être tenus pointe et concavité tournée vers la surface. On libère à l'aveugle, ne contrôlant l'instrument que par les sensations tactiles et par ses mouvements que l'on devine à travers la peau. Cette libération se fait en rasant la peau, remontant peu à peu vers le talon de la main; on constitue ainsi une zone de décollement en forme de "V" à pointe supérieure.

Lorsque la maladie de Dupuytren est peu accentuée, il faut faire attention de ne pas se laisser aller trop profondément, risquant ainsi d'ouvrir l'Aponévrose palmaire moyenne et de blesser un vaisseau ou un nerf.

En somme, ce temps opératoire comprend une dissection en forme de "V" de la peau palmaire, s'arrêtant au bord inférieur du Ligament Annulaire antérieur du carpe ( le bord inférieur de ce ligament est repéré sur la peau en prolongeant vers la paume le bord interne du pouce en position d'abduction complète ); cette dissection se fait

- d'abord au bistouri
- puis aux ciseaux,

en se souvenant qu'il s'agit d'un temps délicat qui nécessite beaucoup de minutie.

2.- SECTION DU SOMMET DE L'APONEVROSE PALMAIRE MOYENNE

Le chirurgien change définitivement de côté.

Une incision de 2 cm environ est pratiquée dans le pli d'opposition du pouce; elle tombe dans le décollement créé par le temps précédent, la face superficielle de l'aponévrose est complètement dégagée; des écarteurs sont mis en place qui permettent d'avoir une bonne vue sur la zone à sectionner. La section est faite au bord inférieur du Ligament annulaire; pour la réaliser sans risques, on tranche prudemment au bistouri, par petits coups transversaux, tandis qu'une pince à disséquer soulève et écarte au fur et à mesure l'épaisseur tranchée de l'aponévrose, ceci jusqu'à ce qu'apparaisse la graisse de la loge palmaire moyenne. Mais souvent, cette graisse ne fait hernie d'emblée, elle reste appliquée en profondeur par quelques fibres minces peu résistantes : leur incision faite d'une main légère, va laisser la graisse saillir : cette incision doit être très prudente, car c'est en la pratiquant que peut être blessé un nerf collatéral ( cet accident est arrivé une fois ). Ces petites fibres minces, qui empêchent la graisse de faire saillie, dépendent du ligament annulaire : en effet; l'A.P.M. s'insère sur la face antérieure du ligament annulaire, et le bord inférieur de celui-ci se prolonge par quelques fibres qui cachent les éléments de la loge palmaire moyenne, et ne se fusionne que plus bas à la face profonde de l'A.P.M.

Quand on a coupé l'A.P.M., elle se décolle très facilement du plan graisseux sous jacent sur environ 2 cm. Il ne reste donc plus que la libération de ses bords : on peut commencer par le bord cubital, le moins adhérent; il faut cependant agir très prudemment, car la section se fait là au niveau de l'Arcade Palmaire superficielle, et perpendiculairement à elle.

Dès que la partie supérieure de l'aponévrose est libérée, son sommet est passé de haut en bas sous le pont cutané et maintenu solidement dans l'incision palmaire distale au moyen d'une pince d'Ombrédanne : si la libération a été bien faire complètement, le sommet de l'aponévrose doit pouvoir être tiré perpendiculairement au plan de la paume.

3.- DISSECTION DE LA PEAU PALMAIRE DISTALE

On reprend alors l'incision palmaire distale pour pratiquer le décollement cutané en aval : pour celà, on reprend le bistouri, et dissèque en décollant sur 1 cm ou 1 cm ½ ; l'adhérence cutanée dans cette zone est très serrée, et de même que précédemment, la dissection se fait au bistouri puis aux ciseaux, la concavité tournée vers la surface, on en contrôle la pointe à travers la peau. On franchit ainsi le pli digito-palmaire, et les ciseaux travaillent alors que la face antérieure de P.l. Ici encore, il faut distinguer les peaux fines des peaux épaisses, calleuses : c'est surtout en cas de peau calleuse qu'il peut y avoir des adhérences serrées entre l'épaissement ou le nodule palmaire et le derme.

Cette dissection ne doit pas se contenter de libérer la face antérieure, mais elle doit aussi dégager les côtés; dans cette dissection à l'aveugle, la peau est particulièrement menacée, en particulier au niveau des commissures, où peuvent siéger des ombilications Donc, temps très délicat, il faut disséquer avec une extrême prudence.

4.- TEMPS DE LIBERATION DE L'A.P.M. PAR SECTION DES BRIDES PERFORANTES.

Lorsque la libération de la face superficielle de l'aponévrose est complètement achevée, on soulève son sommet au zénith : cette traction va tendre les cloisons sagittales. Leur libération et leur section peut être faite à la manière de Tubiana et James, qui vont transversalement d'un bord à l'autre de l'aponévrose en partant du côté cubital : on rencontre successivement un tendon, un paquet vasculo-nerveux, séparé par une cloison, et ainsi de suite.

Mais avant de commencer cette dissection, il faut savoir que l'atteinte du V. impose le repérage et la dissection première du Nerf collatéral Interne du V, car il est en dehors du système des tunnels aponévrotiques et peut être blessé à la partie basse du prolongement graisseux de la loge hypothénarienne.

L'isolement des canaux dans lesquels glissent tendons et paquets V.N. se fait de la façon suivante :

On repère un tendon, et on glisse doucement entre tendon et A.P.M. les ciseaux que l'on ouvre pour approfondir ce canal; on recommence dans le canal voisin, et alors 2 tunnels longitudinaux sont ouverts, séparés par une cloison, qui va être coupée aux ciseaux dès que disséquée parfaitement. Cette manoeuvre est recommencée pour les cloisons voisines. C'est seulement lorsque toutes les cloisons sont coupées que l'aponévrose, tirée par la pince d'Ombrédanne peut être soulevée franchement.

Quand toutes les cloisons ont été sectionnées, la dissection est arrivée à l'extrémité inférieure de la paume, et l'aponévrose ne tient plus que par les bandelettes médianes. Pour pouvoir la passer au doigt ( si un temps digital s'impose ), il faut encore libérer les attaches latérales, constituées par le ligament palmant interdigital, qui peut être intact, et alors constitué par de minimes tractus fibreux; il est parfois épaissi, et alors, il se tend sous forme d'un petit cordon et se coupe par l'incision palmaire. On a, chemin faisant, clivé facilement aux ciseaux l'adhérence peu serrée entre A.P.M. et le bord supérieur des Poulies tendineuses.

Au cours de cette dissection palmaire distale, il faut en permanence faire attention aux paquets vasculo-nerveux en se souvenant que le trajet des nerfs est un peu différent de celui des artères : en effet, les nerfs se divisent très haut à la paume, alors que les artères se divisent très bas, près des commissures, au niveau du ligament palmant;

Il arrive que la dissection mette en évidence de très petits ramuscules nerveux qui s'écartent des troncs nerveux pour atteindre la peau : ils sont sans importance, on peut les couper, On rencontre également des artérioles microscopiques, qu'il faut couper à distance de l'artère digitale, et non au ras ( risque de plaie latérale de l'artère ) sans en faire l'hémostase.

Le temps palmaire s'arrête quand on a atteint le doigt, et que par la paume, on a poussé la dissection 2 à 3 mm au delà du pli de flexion digito-palmaire, et quand on est sûr que l'incision digitale va tomber en zone décollée et disséquée, où les nerfs sont isolés, l'aponévrose décollée de la peau et des éléments profonds, Cette dissection s'est affectuée en conservant d'un seul tenant l'aponévrose, et l'on a pu remarquer qu'à chaque cloison sectionnée, correspondait un certain grain d'extension du doigt correspondant,

S'il n'y a pas de lésions digitales, l'intervention s'arrête là, l'aponévrose devient de plus en plus mince, et s'arrache presque sans que l'on ait à la couper.

5.- LE TEMPS DIGITAL : En cas de LESIONS DIGITALES, il devient alors utile de sectionner longitudinalement l'aponévrose au niveau des zones intertendineuses. La languette aponévrotique ainsi déterminée devra être passée sous le pont cutané digito-palmaire comme il a été fait précédemment pour l'aponévrose à la paume.

A - Aux doigts, on a le choix entre plusieurs types d'incisions :

- Simple incision longitudinale, latérale, qui est exceptionnellement indiquée, en cas de nodule petit, isolé, très latéralisé, et adhérant peu, dont la dissection s'avère facile.

- Incision en L ou en L renversé, qui trouve son indication devant des lésions de la face antérieure de la 1ère phalange peu adhérantes à la peau, celle-ci ne présentant pas la moindre rétraction qui puisse gêner l'extension du doigt en fin d'intervention ( 10 cas ).

- L'incision en Z doit être pratiquée ( 66 cas ) chaque fois que l'étendue des lésions nécessite une dissection large sur les faces antérieure et latérales de la phalange et qu'existe un degré même minime de rétraction. On peut parfois ( 3 cas ) être amené à l'allonger sur une face antéro-latérale de P2 lorsque la diffusion des lésions le réclame ( cf. Fig. 14 E ) ; il est plus rare de devoir pratiquer un second Z sur la 2ème phalange ( 1 cas ).

Toute incision en Z comporte :

- Une incision médiane axiale étendue de la partie moyenne du pli métacarpo-phalangien à la partie moyenne du pli interphalangien proximal, sur laquelle sont branchées 2 incisions obliques à 60° par rapport à la précédente, et d'égale longueur. Il est important d'éviter des angles trop aigus qui peuvent se nécroser.

- La suture d'une telle incision se fait en inversant les lambellules réalisant une " Plastie en Z " : il faut d'ailleurs remarquer que cette inversion se fait souvent d'elle-même lorsque l'on étend le doigt.

B - La dissection au doigt est le temps de l'intervention pendant lequel les nerfs collatéraux courent le plus de dangers.

En effet, comme nous l'avons signalé au chapitre d'anatomie, les nerfs se trouvent au doigt, beaucoup plus médians que l'on ne pense, et sont parfois comme coincés entre un nodule digital médian et la coulisse fibreuse.(Fig. 5 A)

Parfois, de ce nodule médian partent des bandes fibreuses, qui contournent les faces latérales de la phalange pour rejoindre les bords du tendon extenseur en croisant le paquet collatéral dont elles se dissèquent toujours facilement. (Fig. 5 C)

C'est pourquoi il est fondamental que le nerf collatéral ait été bien disséqué par la paume, jusqu'au niveau de P.1, dès lors, une fois l'incision faite, on amène dans l'incision digitale le lambeau aponévrotique correspondant, qui tient bien si les éléments latéraux ont bien été coupés à la main, en particulier le ligament palmant. En soulevant l'aponévrose au doigt, on découvre 2 nerfs disséqués, et la dissection se poursuivra aisément jusqu'au pli interphalangien proximal, région où les nerfs collatéraux pénètrent dans la zone d'adhérences entre lésions fibreuse et poulie de reflexion.

En cas de lésions latérales, la dissection est toujours facile, mais il faut la poursuivre aussi loin qu'il est nécessaire en arrière; il faut en particulier décoller de la peau latérale du doigt la bandelette avant de la couper près des bords latéraux des extenseurs, mais sans abimer les tendons lombricaux et interosseux. Il peut être utile au cours de cette dissection de ramener le nerf collatéral vers l'axe du doigt au moyen d'un crochet mousse.

## 6.- ABLATION DU GARROT ET HEMOSTASE

Lorsque la dissection est terminée, on enlève le garrot pneumatique : apparaît alors un suintement sanglant, qui peut paraître assez important, majoré qu'il est par une hyperhémie temporaire consécutive à la levée de garrot. Il faut savoir attendre 4 ou 5 minutes, au besoin en tamponnant avec des compresses imbibées de sérum adrénaliné. En général, au bout de 5 minutes, l'hémostase est réalisée. Parfois, cependant, ( pas plus de 6 fois sur les 150 opérations de notre statistique ) un petit vaisseau saigne en jet après la compression, qui nécessite une ligature que l'on pratique avec une soie 00.

Parfois, l'hémostase est plus difficile à obtenir à la racine d'un doigt; la compression doit en venir à bout.

Insistons encore sur le fait qu'une intervention correctement menée, ne nécessite pas d'hémostase en dehors du tamponnement, et que celui-ci suffit dans presque tous les cas : AUCUN de nos malades n'a présenté d'hématome palmaire post-opératoire.

Il est donc inutilement dangereux de terminer cette intervention comme certains chirurgiens l'ont proposé, sous Hypotension provoquée, pour limiter l'hémorragie.

Un pansement compressif complètera cette hémostase.

7.- SUTURE -

La suture doit être réalisée avec du fil de Nylon serti sur aiguille triangulaire courbe.

Il est important d'utiliser du matériel non Hygroscopique : en effet, chaque fois qu'a été utilisé un matériel hygroscopique, on a pu observer à l'ablation du plâtre une petite gouttelette de pus au niveau de chaque point, observation jamais faite avec du Nylon non hygroscopique.

Il faut savoir que la peau calleuse est une peau fragile et qui a tendance à déchirer si l'on serre trop le noeud.

La suture est réalisée à points séparés, sauf au niveau de l'incision palmaire distale, où le surjet à points passés semble préférable.

- Il est bon, en outre, que les points ne soient pas trop rapprochés au niveau du talon de la main, pour que la faible quantité de sang épanché après l'opération puisse s'évacuer, puisque aucun drainage n'est laissé en place.

Avant de placer le dernier point, il faut, avec une compresse roulée, exprimer le sang qui a pu suinter pendant le temps de suture.

Au niveau d'une PLASTIE EN "Z", on doit commencer par suturer les pointes des lambellules en les croisant; 2 points suffisent ensuite pour chaque branche. Il faut aux doigts faire attention, car la peau a tendance à s'inverser, et à rentrer dans la plaie; la suture doit donc être très minutieuse pour obtenir un affrontement correct.

## Le PANSEMENT

Le pansement comporte :

- Une couche de toile de cellophane, qui permettra au pansement de se décoller facilement.

- Un paquet de compresses imbibées d'une solution d'Ammonium Quaternaire : CEQUARTYL à 2 ‰. Elles ont le double intérêt :

1.- Sous le compression du pansement de mouler parfaitement la paume de la main et les doigts ;

2.- Et de réaliser un pansement antiseptique.

Ce pansement imbibé d'ammoniumsquaternaires ne réalise pas un pansement humide; on peut en effet considérer qu'il sera sec dans les premières 24 heures; mais pendant ce temps, le sang accumulé se sera imbibé plus facilement à la faveur de la légère humidité.

- Une épaisse couche de coton cardé, palmaire et dorsale.

- Un plâtre enveloppant complètement la main, sauf le pouce ;
Les doigts sont maintenus en extension incomplète, et pendant la dessication du plâtre, une légère pression doit être exercée en serrant le plâtre entre les deux mains : on réalise ainsi une excellente prophylaxie des hématomes palmaires post-opératoires. S'il n'y a que 2 doigts atteints, il faut laisser les autres en dehors du plâtre.

## DANS les SUITES OPERATOIRES

1.- Le malade est installé dans son lit la main nettement surélevée, sur des oreillers.

2.- Il est mis systématiquement pendant 2 ou 3 jours à un traitement antibiotique :

1 Million U.O. de Pénicilline

1 Gr. de Streptomycine.

3.- L'hospitalisation ne dure en moyenne que 3 jours après l'intervention.

- L'hospitalisation ne sera en moyenne que 3 jours après l'inter-
vention.

5°- Le Plâtre sera enlevé au 14 ème jour :

Lors de son ablation, on trouve le moule de compresses brunâtre parce que imprégné dë sang, dûr, conservant la forme de la paume.

La cellophane enlevée, on découvre la peau qui est plate sèche et sans oedème.

Parfois, on découvre une nécrose linéaire marginale qui borde l'incision sur 1 mm, parfois sur ses 2 bords, en général sur la lèvre supérieure proximale seulement ( 12 cas ). Lorsque cet incident survient, le pansement est légèrement humide, et le seul inconvénient qui en résulte, est un minime retard de cicatrisation.

## CAS PARTICULIERS

1.- En cas de lésion très grave d'un doigt, on peut être amené à discuter son amputation; dans ce cas, il faut conserver sa peau dorsale, bien vascularisée, pour la rabattre en une plastie à la place d'une partie de la peau palmaire, qui est en général dans ces cas, de très mauvaise qualité.

Cette amputation primitive a été pratiquée 4 fois lorsque un doigt présentait des séquelles graves d'un traumatisme antérieur, ou que ce doigt avait été l'objet d'une intervention antérieure, intervention qui a laissé un doigt inutile et souvent douloureux.
( Obs. 20, 74, 96, 124 ).

2.- Il peut arriver qu'après extension complète des doigts, on ait quelque difficulté à suturer la peau du fait de sa rétraction.

Dans un cas, a été pratiquée une greffe mince secondairement, devant une nécrose palmaire un peu étendue constatée à l'ablation du plâtre; le résultat n'a pas été bon.

En pratique, il n'est jamais nécessaire de pratiquer de plastie cutanée comme bien des auteurs l'ont conseillé; il suffit, lorsqu'une peau palmaire épaisse et rétractée tire sur ses sutures, de faire un plâtre en légère flexion au lieu de le faire en extension.

3.- Parfois, il arrive qu'un V très fléchi ne s'étende pas bien après une aponévrectomie correcte.

Cette éventualité est rare si l'on a bien coupé la bande latérale interne du bord cubital, amarrée sur la terminaison des muscles hypothénariens, mais si elle arrive, on doit considérer que la flexion résiduelle est dûe à une rétraction de la capsule articulaire interphalangienne. On peut dans ce cas tenter de rompre ses fibres antérieures par l'extension forcée. Parfois, l'on n'y parvient pas; la déformation se reproduira, et pourra amener à pratiquer l'amputation secondaire ( Obs. 5 )

4.- INCIDENT per-opératoire : une perforation de la peau palmaire au cours de sa libération; il s'agit d'un accident difficile à éviter lorsque la peau est ombiliquée profondément en face d'un nodule; il ne comporte aucune gravité.

5.- ACCIDENTS :

- SECTION D'UN NERF COLLATERAL, n'est vraiment grave que si elle est passée inaperçue et de ce fait n'est pas suturée; Les troubles sensitifs et trophiques qui en résultant sont des plus gênants pour le malade. Ils imposent une suture secondaire dont les résultats sont toujours des plus aléatoires, alors qu'une suture d'emblée est constamment suivie de succès.

  Il faut bien insister sur le fait que seule la section d'un nerf passée inaperçue représente un accident grave. Moberg insiste bien sur le fait que la suture secondaire d'un nerf collatéral ne permet que de récupérer qu'une sensibilité relative et insuffisante; mais notons que la fonction de préhension des 4 et 5 èmes doigts n'est pas essentielle, et que c'est à leur niveau que siègent en général les plaies nerveuses.

- La Section d'une Artère Collatérale n'est grave que si l'autre artère est déficiente pour une raison ou pour une autre.

  On peut alors se trouver contraint de pratiquer une amputation du doigt. Mais il faut savoir que la section d'une artère peut être parfaitement tolérée.

- Il peut arriver qu'en fin d'intervention ( 2 cas ) l'on soit inquiété par la pâleur extrême d'un doigt, sans qu'aucun vaisseau n'ait été lésé; cet état peut durer quelques heures.

Il s'agit de malades ayant un équilibre vaso-moteur instable au niveau d'une main, soit sans raison apparente, soit à la suite d'un accident, comme une gelure.

Dans un de nos cas, ( pas d'antécédents ) cet état inquiétant a cédé spontanément.

Dans l'autre ( ancienne main gelée ) une gangrène digitale a dû être amputée secondairement.

## MECANOTHERAPIE

La Mécanothérapie est commencée sitôt le plâtre enlevé. Elle devra être prolongée de façon variable suivant les malades : 3 semaines à 3 mois, selon le degré d'intelligence et de coopération du malade, sa volonté de guérir vite, et aussi la gravité de sa maladie

Mais il faut remarquer que certains ne récupèrent que très lentement sans que l'on puisse faire appel à aucun des facteurs cités plus haut.

La Mécanothérapie devra être pratiquée :

- d'une part dans un centre de rééducation fonctionnelle adapté particulièrement à la récupération des mains, à raison de 3 à 6 séances par semaine, pour que le malade soit surveillé, guidé et encouragé par une kinésithérapeute, et aussi pour créer une sorte d'esprit d'émulation parmi les malades en traitement.

- Mais il faut que le malade prolonge chez lui les séances en refaisant les exercices qu'on lui a montrés le matin.

- De temps en temps, le malade est revu en consultation ( tous les 15 jours environ ) pour juger des progrès réalisés, encourager le patient et éventuellement ordonner un traitement électrique d'assouplissement ( ionisation iodo-iodurée )

LES SEANCES DE MECANOTHERAPIE se déroulent à peu près toujours de la même façon.

1.- D'abord, le malade procède pendant 10 minutes à un savonnage et lavage des mains à l'eau aussi chaude que possible, sorte de massage qui se révèle très utile.

2.- Puis on lui a fait plonger la main dans un " bain de paraffine" ( mélange d'huile de paraffine et de paraffine chauffé ) qu'il malaxe et pétrit pendant 10 minutes à 1/4 d'heure.

3.- Le malade va ensuite au moyen d'appareils spéciaux, et sous la conduite de la kinésithérapeute, récupérer tous les mouvements possibles de ses articulations et sa puissance musculaire; pour celà :

- un appareil du type ERGOGRAPHE à poids, fait travailler la flexion des doigts séparément, avec des poids de plus en plus lourds.

- un rouleau en forme de cône très allongé, et sur une extrémité duquel s'enroule une corde qui supporte un poids, exerce la force de préhension de la main à des ouvertures variables suivant l'endroit du cône où la main prend appui; il permet aussi de récupérer les mouvements de flexion-extension du poignet.

4.- Le travail de la PATE A MODELER est très important ( le malade peut en emporter chez lui pour refaire les exercices :

- écraser des boulettes de pâte à modeler entre la base des différents doigts, et entre le pouce et la main

- rouler de petits fragments entre l'extrémité du pouce et celle de tous les autres doigts, permet de faire travailler le pouce en opposition avec tous les doigts; c'est également un exercice d'agilité, et un exercice de préhension des petits objets.

5.- Les mouvements de préhension de la main sont également rééduqués par les exercices de transvasement d'une boite à l'autre de sable fin, à pleine main, ou par pincées.

6.- La séance comporte aussi des exercices en extension : mise à plat sur la table et manoeuvres d'extension active.

7.- Enfin, une séance de mobilisation passive, mais très douce en ne forçant qu'à peine, faite par la kinésithérapeute , termine la leçon, répétant tous les mouvements possibles :

- flexion - extension
- écartement - rapprochement ,
- adduction - abduction - circumduction du pouce.

Il est bien évident que ceci n'est qu'un schéma, et que toutes sortes d'exercices peuvent être imaginés, qui ont la même valeur que ceux pratiqués à l'Hôpital SAINT ANTOINE.

FIGURE 4

LES DEGRES DE FLEXION DES DOIGTS

A.- 2° degré

B.- 3° degré

C.- 4° degré

D.- 4° degré avec hyperextension de P 3.

---

E.- Tracé d'incision digitale, lorsque par la plastie en "Z" on n'a pu procéder à l'ablation de lésions latérales de la 2ème phalange.

(Le dessin a été malencontreusement inversé au tirage)

FIG. 5

DIFFERENTS TYPES DE LOCALISATIONS DIGITALES DANS LA MALADIE DE DUPUYTREN

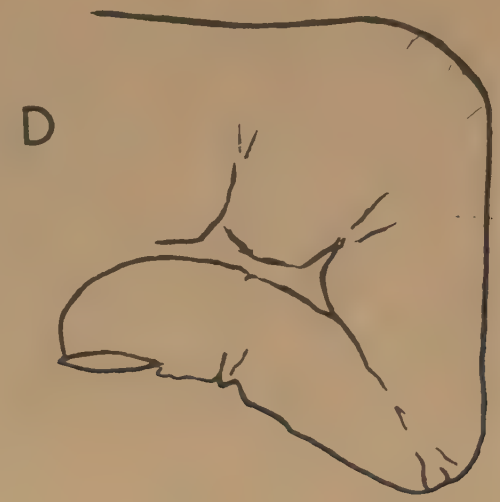
A.- Nodule digital médian,

B.- Brides latérales;

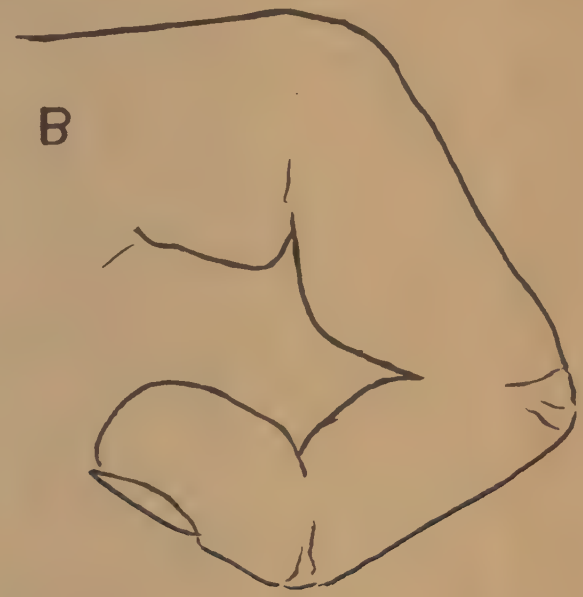
C.- Nodule médian associé à des brides latéro-digitales;

D.- Bride unique à la face interne du V.;

E.- Brides en regard sur les faces voisines du IV et du V.


D

C


B

E

A

A

B

C

D

V

E

V

IV

# ETUDE STATISTIQUE
# DE NOS 140 OBSERVATIONS

# ETUDE

# DE NOS 140 OBSERVATIONS

140 malades ont été vus et opérés depuis 1947 dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé J. GOSSET. Malheureusement, tous n'ont pas jugé utile de revenir à la consultation après avoir repris leur travail; nous ne pourrons utiliser leur observation pour l'étude des résultats éloignés du traitement chirurgical, nous n'avons en effet tenu compte que des malades examinés avec au moins 1 AN de recul.

Voici par quels moyens nous avons eu des nouvelles de nos opérés :

- 71 malades ont été revus en 1958 à la consultation de l'Hôpital Saint-Antoine

- 16 malades ne pouvant se déplacer, ont répondu à un questionnaire que nous leur avons envoyé en 1958.

- 21 malades qui avaient déjà répondu à un questionnaire en 1956, ne se sont pas présenté à l'Hôpital Saint-Antoine en 1958.

Au total, 108 malades ont donné de leurs nouvelles depuis leur opération.

Parmi les 32 autres :

- 10 sont décédés depuis l'intervention ( mais aucun du fait de celle-ci )

- 22 n'ont répondu ni aux convocations ni aux questionnaires; ( 6 convocations nous sont revenues : " parti sans laisser d'adresse ", et 15 malades ont répondu qu'ils viendraient mais n'ont pas précisé de date ).

# *ETUDE CLINIQUE*

## ETIOLOGIE

I.- SEXE :

Sur 140 malades, nous avons trouvé :

127 hommes, et
13 femmes.

C'est-à-dire environ 90 % d'hommes
10 % de femmes.

Notre chiffre s'écarte donc un peu de celui des statistiques antérieures :

- DESPLAS : observe 15 hommes pour 1 femme
- TUBIANA : compte 14 % de femmes.

2.- A G E :

L'âge qu'avait le malade lorsque débuta sa maladie est très variable : nous le savons avec précision dans 108 cas :

Ces 108 malades ont été répartis en 4 groupes :

- Au dessous de 40 ans : 23 malades, soit 21,3 %
- De 40 à 50 ans : 42 " " 38,9 %
- De 50 à 60 ans : 34 " " 31,4 %
- au dessus de 60 ans : 9 " " 8,4 %

Il nous a semblé intéressant d'étudier particulièrement le groupe des 23 malades dont la maladie a commencé avant 40 ans; parmi ceux-ci, 10 avaient moins de 30 ans.

- 5 d'entre eux présentaient des antécédents traumatiques nets, et qui semblent avoir une certaine responsabilité dans la génèse de la maladie de Dupuytren; ces faits

seront rapportés lors de l'étude des antécédents traumatiques de nos malades.

- 3 autres relataient des antécédents familiaux de M. de Dupuytren.

- Un était Epileptique

- le dernier, très rhumatisant.

Parmi ces malades jeunes :

- 13 étaient des travailleurs manuels

- 10 des non-manuels.

Cette faible différence ne peut être utilisée ni en faveur ni contre la responsabilité de la profession.

Il semble donc que nous puissions dire qu'une Maladie de Dupuytren ne se manifeste avant 30 ans, que chez des sujets prédisposés ( antécédents familiaux, terrain arthritique ) ou lorsque un traumatisme local avait constitué un point d'appel, autour duquel se serait cristallisé la maladie. A ce sujet, il est curieux de constater que dans les cas où une origine traumatique peut être invoquée, la maladie est unilatérale et volontiers localisée à un doigt, pendant longtemps.

A l'opposé, parmi nos malades qui ont vu leur affection débuter le plus tard, nous en trouvons 4 qui avaient plus de 70 ans; respectivement 71, 75, 76 et 80 ans.

## 3.- PROFESSION

La profession du malade entre dans l'argumentation du classique débat sur l'origine traumatique de la maladie de Dupuytren; nos chiffres, concordant en cela avec ceux de nombreuses publications, ne feront pas pencher la balance :

- Professions manuelles : 66
- Profession non manuelle : 50
- Restent 24 malades dont nous n'avons pas su la profession

Certes, en nombre absolu, nous avons plus de travailleurs manuels, mais la différence ne nous semble pas suffisamment marquée pour servir d'argument.

4.- ANTECEDENTS

= Antécédents Familiaux

9 de nos malades connaissaient des cas de maladie de Dupuytren dans leur famille :

Un de ceux-ci âgé de 22 ans lorsque débuta sa maladie, racontait que ses 2 parents et un Frère jumeau en étaient atteints.

Deux autres âgés de moins de 40 ans présentaient des antécédents familiaux dans leur proche entourage.

= Antécédents Rhumatismaux

Des antécédents rhumatismaux ont été retrouvés chez 19 malades; il s'agissait de péri-arthrite scapulo-humérale, de cervico-radiculalgies parfois, mais le plus souvent d'arthroses multiples séniles.

= Epilepsie

7 malades seulement relataient l existence de crises d'épilepsie dans leurs antécédents :

Une fois, il s'agissait d'épilepsie Bravais-Jacksonnienne

6 fois d'épilepsie généralisée.

Ces chiffres sont très loin des 42 % d'épileptiques retrouvés par Skoog. Peut-être cet auteur a-t-il utilisé des moyens d'investigation plus subtils que l'interrogatoire; nous avouons n'avoir pas fait subir à nos malades d'examen neurologique poussé, ni " a fortiori " d'E.E.G. avec toutes les finesses techniques qui peuvent révéler des épilepsies latentes.

= Antécédents traumatiques.

Nous étudierons plus longuement les malades ayant des antécédents traumatiques; ils sont au nombre de 34. ( Nous n'avons retenu que les traumatismes des membres supérieurs: coude, avant-bras, main ou doigts)

Certaines observations méritent d'être relatées; ce sont celles de malades chez qui il est difficile de nier la responsabilité du traumatisme dans la génèse de leur maladie.

- Obs. 6 : A la suite d'une contusion de la paume d'une main, le blessé ressent des douleurs très tenaces; 3 mois plus tard, apparaît un durcissement avec épaississement de la région palmaire moyenne ;

  Après 4 ans d'évolution, le malade vient consulter, porteur d'une maladie de Dupuytren typique unilatérale avec rétraction du V.

- Obs. 22 : En 1940, fracture grave du coude droit ( Humérus ) suivie de paresthésies dans le domaine du cubital.

  En 1943, débute une maladie de Dupuytren strictement unilatérale droite, localisée aux IV et V doigts avec rétraction grave.

  En 1956, la main gauche ne présentait toujours pas de signes de la maladie.

- Obs. 27 : En 1950, le malade alors âgé de 21 ans, se fait une plaie de la paume de la main droite, en regard de la 4 ème articulation métacarpo-phalangienne, avec un morceau de verre; des débris restent inclus pendant 2 ans, et sont enlevés par exérèse d'une " tumeur à corps étrangers ". Quelques mois plus tard, une maladie de Dupuytren localisée au IV droit se manifeste, avec bride palmaire et nodule digital, rétractant le doigt en position 2.

- Obs. 33 : En Janvier 1951, Mme M. se fracture l'Humérus droit; la consolidation est suivie d'arthrose scapulo-humérale et de raideur du coude et du poignet.

  En Mai 1951, apparaît une maladie de Dupuytren droite grave, très évolutive, avec phénomènes vaso-moteurs importants et manifestations douloureuses, qui se bilatéralise en 1952.

- Obs. 39 : Plaie de la base de P3 du IV droit en 1940. 4 ans plus tard, commence une M.D. droite localisée aux IV et V èmes doigts.

- Obs. 41 : Entorse de l'articulation interphalangienne proximale du V gauche, suivie 2 ans plus tard d'une M.D. gauche

- Obs. 45 : Fracture de Pouteau gauche suivie dans les 2 ans d'une M.D. gauche.

- Obs. 82 : Malade porteur d'une M.D. bilatérale peu évolutive, de 1939 à 1953; à cette date, il fait une chute sur les paumes de main, chute qui est suivie de manifestations douloureuses, alors que commence la rétraction des doigts.

- Obs. 107 : Hématome palmaire consécutif à un écrasement de la main. La résorption se fait lentement, mais les douleurs persistent, la pauma s'indure, et les doigts se rétractent progressivement.

- Obs. 125 : En 1947, piqure de la face antérieure de PI du V droit, suivie de manifestations inflammatoires. Quelques mois plus tard, apparaît une M.D. localisée au V droit. ( ce malade a été par la suite considéré par la Sécurité Sociale comme accidenté du travail ).

- Obs. 132 : Evolution simultanée d'une M.D. droite et d'un kyste épidermoïde palmaire après une piqûre par écharde de la paume.

En conclusion, nous pouvons remarquer que :

Dans une observation, un traumatisme a indiscutablement provoqué une poussée évolutive de la maladie ( Obs. 82 ) et dans les autres cas, le traumatisme a pu jouer le rôle de facteur déclenchant.

# *CARACTERES CLINIQUES des MALADIES OBSERVEES*

## I.- DUREE D'EVOLUTION AVANT L'OPERATION

Elle est des plus variables : nous avons pu la connaître avec précision chez 92 de nos malades; le tableau suivant résume ces données :

| | | |
|---|---|---|
| - Moins d'un an | : | 11 |
| - de 1 à 3 ans | : | 24 |
| - de 3 à 5 ans | : | 18 |
| - de 5 à 8 ans | : | 9 |
| - de 8 à 10 ans | : | 16 |
| - de 10 à 14 ans | : | 8 |
| - Plus de 14 ans | : | 6 |

Parmi ceux qui se sont fait opérer précocement :

- 4 ont été poussés à l'opération par des douleurs, soit douleurs sur les lésions fibreuses lors de contacts avec des objets durs, soit crampes survenant la nuit ou à la suite de travaux manuels prolongés.

- 8 du fait de l'évolution rapide de leur maladie : l'un d'eux associait douleurs et évolution rapide; 2 autres avaient vu apparaître une maladie d'évolution rapide post-traumatique.

Ceux dont l'opération fut au contraire très tardive ( plus de 14 ans ) étaient des malades atteints d'une forme à évolution particulièrement lente :

5 malades ont été opérés plus de 20 ans après le début de leur maladie, dont un a pu attendre jusqu'à 37 années.

Il est intéressant de remarquer que la maladie de Dupuytren est une affection à évolution en général chronique, mais qui peut présenter des poussées évolutives, spontanées ou parfois provoquées, par un traumatisme, par exemple ; plusieurs de nos malades nous ont fait remarquer dans leur cas particulier, l'apparition ancienne de lésions nodulaires,

qui sont restées stables pendant un temps parfois assez long, la rétraction ne s'étant manifestée que secondairement.

## 2.- MANIFESTATIONS DOULOUREUSES

La maladie de Dupuytren a toujours été décrite comme une affection indolore; parmi les malades de notre série, nous avons cherché à savoir combien avaient souffert de leur main avant l'intervention :

26 ont répondu par l'affirmative.

- dans 11 cas, il s'agissait de douleurs provoquées par le contact d'un objet dur sur les lésions fibreuses ( manche d'outils par exemple ), ou par des traumatismes palmaires.

- 5 malades ressentaient des tiraillements dans la main ou l'avant-bras lorsqu'un mouvement forçait l'extension des doigts atteints ( port d'objets lourds, par exemple ).

- 2 autres se plaignaient de crampes qui apparaissaient chez l'un le matin au réveil et en fin de journée; le second était réveillé la nuit par ses douleurs palmaires.

- Les 8 derniers malades ne ressentaient que des douleurs vagues, spontanées ou parfois provoquées par le froid ou l'humidité.

Il faut cependant noter que la très grande majorité des malades interrogés nous ont répondu de façon catégorique, que leur maladie si elle était très gênante, ne présentait absolument aucun caractère douloureux.

Enfin, un certain nombre de nos malades qui présentaient une flexion extrême d'un ou de 2 doigts, se plaignaient de douleurs causées par la préhension du manche d'un outil qui appuyait sur la face dorsale du ou des doigts atteints.

## 3.- ETUDE DES LESIONS

Cette étude est centrée sur la rétraction des lésions avec flexion permanente des doigts; dans l'ensemble la topographie et l'importance des localisations fibreuses est parallèle à la flexion digitale; d'ailleurs, c'est bien de la gravité des rétractions plus que du volume de la fibrose que dépend l'indication thérapeutique.

Pour la classification des lésions, notre Maître, Monsieur le Professeur Ag. J. GOSSET adopte la classification en 4 degrés d'ISELIN.: (FIG. 4).

- le ler degré (1°) correspond au doigt qui peut être amené en extension complète, bien que la bandelette prétendineuse correspondante soit atteinte et qu'il existe des lésions digitales.

- au 2 ème degré ( 2°) correspond le doigt qui a perdu 20° d'extension sur l'articulation métacarpo-phalangienne, avec en général intégrité des mouvements dans les articulations inter-phalangiennes.

- du 3ème degré ( 3°) est le doigt dont l'articulation métacarpo-phalangienne a perdu 60° d'extension environ, ainsi que les inter-phalangiennes.

- le 4 ème degré ( 4°) est la lésion du doigt hyperfléchi dans la main ( les articulations étant fléchies environ à 90°) ; au maximum, l'ongle est incrusté dans la paume.

- Quant au stade 4 décrit par Iselin, dont la particularité tient à la position en hyperextension de la 3è phalange par traction sur l'appareil extenseur alors que les 2 autres articulations sont en hyperflexion. Il s'agit d'une forme très exceptionnelle, que nos 140 malades n'ont présenté que 5 fois.

A.- COTE DES LESIONS :

Sur les 140 malades observés ,
97 étaient porteurs de lésions bilatérales;
43 ont présenté des lésions unilatérales pendant la période d'observation, ce qui n'exclut pas une bilatéralisation ultérieure.
Ces 43 M.D. Unilatérales étaient :
Droites dans 27 cas et
Gauches dans 16 cas.

Nos observations portent donc sur 237 mains examinées.

B.- ETUDE DES LESIONS :

Deux tableaux résumeront l'état préopératoire de nos malades; un pour la main droite et un pour la main gauche. Mais nous étudierons à part les localisations thénariennes de la maladie; nous les avons en effet trouvées plus fréquentes que ne le faisait soupçonner les études précédemment publiées.

## ETUDE DES LOCALISATIONS A LA MAIN DROITE : 124 MAINS

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDEX (II) : | | 6 | cas |
| MEDIUS (III) : | 1° | 11 | cas |
| | 2° | 23 | cas |
| | 3° | 11 | cas |
| | 4° | 3 | cas |
| ANNULAIRE (IV) : | 1° | 16 | cas |
| | 2° | 36 | cas |
| | 3° | 39 | cas |
| | 4° | 10 | cas |
| AURICULAIRE (V) : | 1° | 13 | cas |
| | 2° | 21 | cas |
| | 3° | 33 | cas |
| | 4° | 18 | cas |

## ASSOCIATION DE CES DIFFERENTES LOCALISATIONS

| | | | |
|---|---|---|---|
| V | : | 18 | cas |
| IV | : | 24 | cas |
| III | : | 5 | cas |
| IV + V | : | 33 | cas |
| III + IV | : | 9 | cas |
| II + V | : | I | cas |
| III + IV + V | : | 29 | cas |
| II + III + IV | : | 1 | cas |
| II + III + IV + V | : | 3 | cas |
| I + II + III + IV + V | : | 1 | cas |

ETUDE DES LOCALISATIONS A LA MAIN GAUCHE : 113 MAINS

| | | | |
|---|---|---|---|
| INDEX (II) | : | | 11 cas |
| MEDIUS (III) | : | 1° : | 10 cas |
| | | 2° : | 25 cas |
| | | 3° : | 13 cas |
| | | 4° : | 1 cas |
| ANNULAIRE (IV) | : | 1° : | 17 cas |
| | | 2° : | 35 cas |
| | | 3° : | 23 cas |
| | | 4° : | 17 cas |
| AURICULAIRE (V) | : | 1° : | 11 cas |
| | | 2° : | 24 cas |
| | | 3° : | 27 cas |
| | | 4° : | 21 cas |

ASSOCIATION DE CES DIFFERENTES LOCALISATIONS

| | | |
|---|---|---|
| V | : | 12 cas |
| IV | : | 25 cas |
| III | : | 3 cas |
| II | : | 1 cas |
| IV + V | : | 22 cas |
| III + IV | : | 9 cas |
| I + V | : | 3 cas |
| III + IV + V | : | 26 cas |
| II + III + IV | : | 2 cas |
| II + IV + V | : | 1 cas |
| I + III + V | : | 1 cas |
| II + III + IV + V | : | 6 cas |
| I + III + IV + V | : | 1 cas |
| I + II + III + IV + V | : | 1 cas |

$C_a$- LESIONS THENARIENNES

Les lésions au niveau de l'éminence thénar et du pouce nous ont semblé beaucoup plus fréquentes qu'il n'est classique de le dire; c'est pourquoi nous les avons étudié à part.

Nous les avons rencontrées chez 50 malades et chez 18 d'entre eux, elles étaient bilatérales.

Au total, 68 lésions thénariennes observées.

Parmi ces lésions thénariennes, certaines apparaissent avant toute intervention ( 1/3 de nos cas ) alors que la majorité ( les 2/3 ) apparaissent après l'opération, ou tout au moins subissent une poussée évolutive post-opératoire.

Ce fait est intéressant à signaler et il est d'ailleurs d'observation courante que des mains présentant des lésions palmaires avancées, n'offrent que bien rarement à l'observation des lésions thénariennes.

Tout se passe comme si la Maladie de Dupuytren stoppée au niveau des doigts par l'opération, avait continué d'évoluer sur l'aponévrose thénar. L'opération serait-elle en partie responsable de cette évolution sur l'éminence thénar ?

Les lésions thénariennes apparaissent en général sous forme de brides plus ou moins épaisses, qui ont moins tendance que les lésions palmaires moyennes à adhérer intimement à la face profonde du derme; ces brides sont dans la grande majorité des cas épaissies, en un point au moins par un nodule.

Suivant leur localisation, 6 types de lésions thénariennes : (Fig. B)

1°.- La BRIDE COMMISSURALE est allongée entre le bord interne du pouce et la face antéro-externe de la 2 ème articulation métacarpo-phalangienne, descendant rarement sur l'index. Elle est parallèle au bord de la 1ère commissure et distante d'elle de ½ cm au maximum.

Les épaississements nodulaires qu'elle présente peuvent siéger :

- soit à l'une ou à ses deux extrémités, au niveau des 1ère ou 2 ème articulation métacarpo-phalangienne,

ou à la face antéro-interne de l'articulation inter-phalangienne du pouce, lorsque elle atteint ce niveau ;

- soit en son milieu.

2°.- La bride oblique située sur la face antérieure de l'éminence thénar; elle s'étend du bord externe du tendon de terminaison du Petit Palmaire, vers la partie moyenne du 1er pli de flexion du pouce, pouvant descendre rarement il est vrai sur la face antérieure de sa 1ère phalange.

Lorsqu'un nodule apparaît, il peut siéger soit en plein centre de l'éminence thénar, soit dans le pli de flexion métacarpo-phalangien.

Ces nodules sont toujours de petit volume.

3°.- Les autres localisations sont plus rares :

- il peut s'agir de brides qui longent le bord externe de l'éminence thénar et descendent parfois sur le bord externe du pouce. Ces brides sont, en général, de peu ddépaisseur; les épaississements nodulaires siègent en regard des articulations, plus souvent la distale.

- Nous avons rencontré relativement souvent des brides tendues de la 1ère à la 3ème articulation méta-phalangienne, isolément ou associées à une bride commissurale; nous n'avons pas observé de nodules sur ces brides.

- Une fois, la maladie thénarienne s'est manifestée sous forme d'une série de petits nodules, au nombre de 4 ou 5 échelonnés le long de l'insertion de l'aponévrose palmaire moyenne sur l'aponévrose thénar.

- Tostivint relate dans sa thèse un cas de bride transversale de la main, tendue entre les 1ère et 5ème articulation méta-phalangiennes. Nous n'en avons pas observé.

La RETRACTION de ces lésions entraîne rarement de gêne fonctionnelle :

- 7 de nos malades présentaient une limitation de l'abduction qui entrainait une gêne fonctionnelle variable, allant de la gêne minime à l'impotence grave dans un cas où le pouce était littéralement collé au bord externe de l'index par un gros nodule commissural de la taille d'une noisette.

- 5 malades avaient une extension limitée :
  4 au niveau de l'art. M-P
  1 au niveau de P.I - P. 2

## TABLEAU RECAPITULATIF DES LESIONS THENARIENNES

50 malades atteints de lésions thénariennes, dont
18 présentaient des lésions bilatérales, qui présentent souvent un certain degré de symétrie.

Au total : 68 mains atteintes de lésions thénariennes

Sur ce nombre, 46 sont apparues comme récidives post-opératoires de la maladie;

et 22 seulement sur des mains indemnes de toute intervention.

12 cas s'accompagnaient de gêne fonctionnelle :

7 limitations de l'abduction

5 limitations de l'extension.

| | |
|---|---|
| Brides commissurales | 41 |
| Brides obliques de la face antérieure | 19 |
| Brides tendues de M.P.I à M.P.3 | 10 |
| Nodules au contact de M.P.I | 8 |
| Brides du bord externe | 2 |
| Nodules au contact de P.I - P.2 | 3 |
| Nodule au contact de M.P.2 | 1 |
| Brides au bord externe de P.I Pouce | 2 |
| Nodules à l'insertion de l'A.P.M. SUR Thénar | 2 |
| Coussinets dorsaux du pouce | 2 |

D.- LESIONS ASSOCIEES

27 malades présentaient des lésions qui sont classiquement rapprochées de la Maladie de Dupuytren :

- 16 d'entre eux étaient porteurs de coussinets dorsaux des phalanges
- 7 avaient une maladie de LEDDERHOSE
- 3 " " " LA PEYRONIE
- Chez un malade étaient associées :

  M. de Dupuytren, coussinets dorsaux, et M. de Ledderhose.

Un malade, porteur d'une M. de Dupuytren bilatérale, a présenté après son opération une récidive thénarienne bilatérale, associée à des lésions bilatérales du tendon du Petit Palmaire, juste au dessus de son croisement avec le ligament annulaire antérieur du carpe; ces lésions se présentaient sous la forme d'un gros nodule, du volume d'une noix sèche. Ce fait tendrait à prouver, s'il en était encore besoin, l'unité anatomique et pathologique Aponévrose palmaire moyenne et Petit Palmaire.

## INTERVENTIONS PRATIQUEES

Deux malades de notre série n'ont pas été opérés :

Obs. 76 : Ce malade en plus de sa maladie de Dupuytren, présentait des séquelles graves d'une brûlure, avec raideurs articulaires.

Obs. 93 : Cette malade était entrée à l'hôpital pour faire opérer une maladie de Dupuytren grave, mais l'examen préopératoire systématique découvrit un cancer du sein inopérable.

135 malades ont été opérés;

120 ont subi d'intervention que sur une seule main

15 ont été opérés des deux côtés.

Au total, 150 interventions ont été pratiquées.

| | |
|---|---|
| Aponévrectomies simples | 59 |
| - Aponévrectomie et greffe cutanée | 1 |
| - Aponévrectomie et Plastie en Z | 66 |
| - Aponévrectomie et inc. digitale en "L" | 10 |
| - Aponévrectomie associée à une plastie en Z sur un doigt, et à une incision en L sur un autre | 2 |
| - Aponévrectomie et amputation primitive ( pour lésion traumatique associée ou pour séquelles d'interv. ant. ) | 4 |
| - Opérés sans aponévrectomie | 8 |

Il convient de revenir sur quelques points :

1°.- Les 8 Malades qui n'ont pas subi d'aponévrectomie.

- Obs. 25 : Maladie constituée uniquement par un gros nodule devant P.I IV. qui est enlevé par une incision en "Z".

- Obs. 26 : Nodule devant P/I III.
Incision en "Z".

- Obs. 29 : Nodule devant P.I IV. se prolongeant en une bride devant P.2.

Une plastie en "Z" est pratiquée sur chacune de ces deux phalanges.

- Obs. 83 : Maladie atteignant exclusivement les I, III, et V gauches.

Ablation de ces lésions par incision en "Z" sur P. I III, et par une incision latéro-digitale sur P.I V.

- Obs. 109 : Maladie bilatérale, les deux mains sont opérées en même temps :

Aponévrectomie simple à droite

Incision en L devant P.I IV, à gauche.

- Obs. 112 : Lésions situées à la face antéro-externe de P.2 V.

Ablation par une incision latérale.

- Obs. 124 : Maladie bilatérale :

A droite : Aponévrectomie et "Z"

A gauche : Amputation Primitive du V.

- Obs. 125 : Maladie localisée au V droit ;

Incision en "Z" complétée par une incision latérale

2°.- 5 fois, il y a eu blessure d'un nerf collatéral, suturé aussitôt. Dans 3 de ces cas, il n'y a aucune séquelle sensitive.

- Obs. 54 : Très volumineuses lésions fibreuses palmaires : le nerf collatéral du 2ème espace est blessé et suturé.

Troubles résiduels : légers troubles sensitifs, plus marqués au froid, dans le territoire de ce nerf.

Obs. 56 : Grosses lésions fibreuses enveloppant les faces antérieure et latérales de P.I V.

Le nerf collatéral externe est sectionné dans le bloc fibreux préphalangien.

Hypoesthésie persistante.

Obs. 58 : Bande scléreuse située devant P.I 4 se prolongeant en un gros nodule à cheval sur l'articulation P.I - P.2 ; c'est là que le collatéral externe du IV est blessé; Suture immédiate. Aucun trouble résiduel.

Obs. 74 : Section et suture du coll. int. du IV. pris dans un bloc scléreux inextricable. Pas de troubles résiduels.

Obs. 87 : Section du coll. int. du V. suivie de suture, lors de la dissection d'un gros nodule phalangien. Pas de troubles en 1956.

---

3°.- Chez 2 malades, il a fallu pratiquer une amputation secondaire

Obs. 5 : Forme très grave de la maladie au niveau du V.

En fin d'intervention, le doigt peut être étendu, mais ce bon résultat ne se maintient que 3 mois;

Amputation 10 mois après l'aponévrectomie.

Obs. 120 : Maladie de Dupuytren survenue sur une ancienne main gelée ;

Bien qu'il n'y ait pas eu de blessure vasculaire au cours de l'aponévrectomie, on constate une gangrène du V. à l'ablation du Plâtre.

Amputation secondaire.

---

# *SUITES OPERATOIRES*

## IMMEDIATES

- Aucune suppuration franche des espaces décollés, mais dans une quinzaine de cas, un léger suintement a persisté pendant environ 3 semaines. Ces écoulements étaient dans la majorité des cas liés à l'existence d'une zone linéaire de nécrose le long de l'incision palmaire distale.

- Dans 12 cas, en effet, une petite nécrose s'est manifestée ,

soit le long de l'incision palmaire distale, (et en général sur le versant proximal de l'incision) soit au niveau d'une incision en "Z".

La conséquence en était double :

- léger suintement
- retard à la cicatrisation des plaies opératoires avec gêne accrue lors des premières séances de mécanothérapie.

Cet incident survient lorsque la dissection cutanée a été très délicate du fait d'adhérences très serrées.

- DOULEURS POST-OPERATOIRES.

Les réponses des opérés à ce sujet est des plus variables ; ceci n'est pas pour étonner, la sensibilité de chaque individu à la douleur étant impossible à apprécier.

Sur 80 malades qui ont répondu à cette question :

- 40 ont dit n'avoir pas souffert du tout
- 22 ont éprouvé pendant 2 ou 3 jours des douleurs vives, qui ont disparu en 8 à 10 jours.
- 18 ont ressenti des manifestations douloureuses d'intensité variable pendant 15 j. à 1 mois. 2 malades seulement ont souffert pendant plus longtemps.

## DUREE de l'ARRET de TRAVAIL

Nous avons connu de façon précise la durée de l'arrêt de travail, pour 76 opérés.

= 2 d'entre eux ont été arrêtés plus de 7 mois :

- Obs. 18 :

Un linotypiste, dont la période post-opératoire a été marquée par des douleurs vives et tenaces; malgré 3 mois de mécano-thérapie, ce malade a mis 10 mois à récupérer force et agilité de sa main, qualités indispensables pour sa profession.

- Obs. 58 :

Un cimentier d'origine italienne, et dont le 2 ème nerf interosseux avait été blessé pendant l'intervention, n'a repris son travail qu'un an après, du fait de l'importance des troubles sensitifs; mais il avouait que celà mis à part, il aurait pu reprendre son travail au bout de 3 mois.

= Le tableau suivant résume la durée d'arrêt de travail des 74 autres opérés :

| | |
|---|---|
| - 1 mois ou moins d'un mois | 12 |
| - 1 à 2 mois | 37 |
| - 2 à 3 mois | 18 |
| - 3 à 4 mois | 6 |
| - 4 à 5 mois | 1 |

# R E S U L T A T S

Avant d'exposer les résultats opératoires, certaines précisions doivent être données.

1°.- 4 fois, l'indication d'amputation d'emblée d'un doigt a été posée.(lésions traumatiques associées ou échecs d'interventions antérieures).

- 3 de ces malades n'ont pas été revus avec un recul suffisant pour que nous les fassions entrer dans notre statistique.

- le dernier a été classé parmi les Assez-bons résultats, malgré son amputation, du fait de la qualité de sa récupération fonctionnelle.

2°.- 2 fois, une amputation Secondaire a été indiquée.

Ces 2 malades ont été classés comme Mauvais résultats. ( Obs. 5 et 120 ).

D'après la qualité du résultat, les opérés ont été classés en 6 groupes, dont les caractéristiques sont les suivantes :

1°.- EXCELLENT : Main normale à tous points de vue.

2°.- B O N : Main fonctionnellement normale; mais il persiste : douleurs légères, hypoesthésie sur un doigt, des troubles vaso-moteurs, des lésions fibreuses palmaires légères, ou une localisation thénarienne non gênante.

3°.- ASSEZ BON : Gêne fonctionnelle légère, qui peut être dûe à une récidive thénarienne,

4°.- MOYEN : Persistance d'une gêne fonctionnelle assez marquée, mais il y a eu très nette amélioration.

5°.- MEDIOCRE : Peu ou pas d'amélioration.

6°.- MAUVAIS : L'état de la main s'est encore détérioré après l'intervention.

---

150 interventions ont été pratiquées; mais nous n'avons pas pu tenir compte de 32 dossiers;

- 22 malades perdus de vue ;
- 5 malades décédés depuis l'intervention sans que nous ne les ayons revus.
- 6 malades qui ont été opérés depuis trop peu de temps ( nous ne tenons compte que des malades opérés depuis plus d'un an ).

C'est pourquoi le tableau qui suit ne fait état que de

117 MAINS OPEREES

---

## RESULTATS ETUDIES GLOBALEMENT

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXCELLENTS | : | 50 | 42,7 % |
| BONS | : | 34 | 29,2 % |
| ASSEZ BONS | : | 16 | 13,6 % |
| MOYENS | : | 8 | 6,8 % |
| MEDIOCRES | : | 7 | 6 % |
| MAUVAIS | : | 2 | 1,7 % |

## RESULTATS SUIVANT LA GRAVITE PRE-OPERATOIRE

1°.- Mains présentant au moins un doigt au 4° 47 malades.

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXCELLENTS | : | 12 | 25,5 % |
| BONS | : | 13 | 27,6 % |
| ASSEZ-BONS | : | 9 | 19,2 % |
| MOYENS | : | 5 | 10,7 % |
| MEDIOCRES | : | 6 | 12,8 % |
| MAUVAIS | : | 2 | 4,2 % |

2°.- Mains présentant au moins un doigt au 3° 48 malades

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXCELLENTS | : | 23 | 47,9 % |
| BONS | : | 14 | 29,1 % |
| ASSEZ BONS | : | 6 | 12,5 % |
| MOYENS | : | 3 | 6,3 % |
| MEDIOCRES | : | 2 | 4,2 % |

3°.- Mains dont les lésions ne dépassent le 2° 23 malades

| | | | |
|---|---|---|---|
| EXCELLENTS | : | 14 | 60,9 % |
| BONS | : | 7 | 30,5 % |
| ASSEZ BONS | : | 1 | 4,3 % |
| MEDIOCRES | : | 1 | 4,3 % |

4°.- Main porteuse de lésions minimes : Une ( Obs. 109 )

1 résultat moyen ( récidive sur le doigt voisin après une intervention limitée à un doigt ).

## RESULTATS DES INTERVENTIONS N'AYANT PAS COMPORTE d'APONEVRECTOMIE

8 malades présentaient des lésions qui ne semblaient pas justifier l'aponévrectomie : il s'agissait de lésions strictement digitales, qui ont été enlevées par des incisions pré-phalangiennes en "Z" ou en "L".

Un de ces malades présentait des lésions strictement unidigitales très graves qui ont fait poser l'indication d'une amputation primitive.

Un malade de cette série a été perdu de vue.

## RESULTATS CHEZ LES 6 AUTRES MALADES

- 2 malades ont un EXCELLENT résultat.
- 1 Malade avait eu un BON résultat opératoire qui s'est maintenu/
- 3 Malades ont vu leur maladie récidiver :
  - 2 sur un doigt voisin.
  - 1 sur la paume en regard du doigt précédemment opéré.

## TROUBLES RESIDUELS POST-OPERATOIRES

### 1°.- ETAT DES CICATRICES

Jamais les cicatrices d'incision palmaires n'ont présenté le moindre caractère rétractile.

La très grande majorité des mains qu'il nous a été donné d'examiner, présentaient des cicatrices fines linéaires, souples et mobiles sur les plans sous-jacents. Certaines étaient même difficilement visibles; d'autres, au nombre de 7, étaient très légèrement épaissies, mais sans rappeler, même de loin, une chéloïde.

Les cicatrices de plasties en "Z" ne nous ont jamais semblé rétractiles; nous avons seulement noté chez certains opérés une relative perte de souplesse cutanée au niveau d'une ancienne plastie en "Z".

Il faut noter que le seul malade de cette série à qui on ait fait une greffe cutanée mince au niveau d'une perte de substance palmaire, a présenté une rétraction de la greffe, bridant légèrement l'extension du V. (Obs. 1)

2°.- TROUBLES VASO-MOTEURS

25 opérés présentent des troubles vaso-moteurs, qui se manifestent presque tous de la même façon :

" Sensibilité de la main au froid " ; les basses températures déclenchent des douleurs dans la main et les doigts avec pâleur plus ou moins marquée.

Certains (5) malades nous ont dit ressentir des douleurs dans la main opérée lors des " changements de temps " , ou lorsqu'ils plongeaient leur main dans de l'eau chaude.

Un malade a vu l'aspect trophique de sa main se modifier après l'intervention; elle est devenue légèrement cyanotique, avec sudation exagérée.

Un malade enfin, présente depuis son opération, des crises du type de celles qui caractérisent la maladie de RAYNAUD localisées au IV de la main droite ( doigt sur lequel avait pratiqué une plastie en "Z".

3°.- DOULEURS RESIDUELLES

8 Malades ont noté l'existence de douleurs, à vrai dire légères dans la main opérée :

- 5 ont remarqué que leurs douleurs apparaissent toujours après un travail manuel prolongé.

- 1 présente des douleurs légères au contact d'objets durs sur des nodules palmaires de récidive.

- 1 a noté parfois l'apparition de crampes dans la main lorsque son travail l'oblige à garder longtemps la main serrée sur un outil.

4°.- LIMITATION DE LA FLEXION

9 malades, qui étaient assez gravement atteints, ont conservé une certaine limitation de la flexion des doigts, l'extrémité des doigts restant distants d'environ 1 cm. de la paume ; en conséquence, ces malades éprouvaient une certaine difficulté à saisir de menus objets.

5°.- HYPOESTHESIE DIGITALE

23 malades conservent un certain degré d'hypoesthésie au niveau de doigts opérés; ces doigts étaient porteurs de lésions graves qui ont nécessité un temps opératoire digital particulier, en général une plastie en "Z".

## MALADES OPÉRÉS PRÉCÉDEMMENT

## DANS UN AUTRE SERVICE

12 malades sont venus consulter à l'Hôpital Saint-Antoine après avoir été opérés dans un autre service.

Tous ces malades avaient été déçus par le résultat de cette première intervention :

- 6 d'entre eux sont venus consulter pour faire opérer la main opposée; le résultat de ces interventions ont donc été étudiés dans la statistique globale. Il n'a pas été proposé de réintervention sur la main opérée précédemment, en raison de l'importance de la sclérose cicatricielle, de raideurs articulaires.

- Les interventions pratiquées sur les 6 autres sont de plusieurs types :

Obs. 33 : Tentative de résection arthroplastique sur un doigt dont la flexion est bloquée par un blocage articulaire ( tous les doigts de cette main sont enraidis depuis la 1ère intervention ). L'échec de cette arthroplastie conduit à amputer le doigt secondairement.

Obs. 141 : Malade venant consulter 1 mois après sa 1ère intervention, pour son V ème doigt dont la flexion s'est aggravée depuis lors, et qui de plus, est très douloureux. On ne peut que l'amputer.

Obs. 72 : En 1948, avait été pratiqué une amputation du V pour M.D. grave et localisée à ce doigt.

Les doigts voisins étant pris à leur tour en 1955, une aponévrectomie est faite, qui ne donne pas le résultat escompté.

Obs. 74 : Une intervention sur le V Droit avait été faite un an auparavant, par une incision antérieure qui a laissé une cicatrice rétractile; on pratique une aponévrectomie avec amputation du V.

Obs. 135 : Main gauche déjà opérée sans succès ; à l'intervention, on tombe sur un tissu cicatriciel dans lequel la dissection des nerfs est périlleuse; on doit abandonnée.

Obs. 97 : Opération sur la main gauche en 1954 laisse les IV et V raides et douloureux : on doit les amputer en 1956.

La mauvaise qualité des résultats obtenus par une réintervention est évidente, et impose l'obligation de réaliser d'emblée une intervention aussi parfaite que possible.

# CONCLUSIONS

Nous avons présenté au cours de ce travail :

1.- Une nouvelle description de l'aponévrose palmaire superficielle, basée tant sur des travaux anatomiques, que sur l'étude des lésions de la Maladie de Dupuytren.

2.- Les principes et la technique du traitement chirurgical, tels qu'ils sont appliqués dans le service de notre Maître, Monsieur le Professeur Agrégé J. GOSSET, à l'Hôpital Saint-Antoine.

3.- Une étude statistique de 140 malades observés et de 150 opérations réalisées :

A.- Nos observations ne nous permettent pas de conclure le débat classique sur la pathogénie de cette affection, mais certaines d'entre elles nous ont montré de façon assez nette qu'un traumatisme pouvait en déclencher l'évolution.

B.- Nous avons été frappés par la fréquence des formes ténariennes de la maladie; mais leur habituelle bénignité contre-indique le plus souvent la thérapeutique chirurgicale.

C.- Les résultats post opératoires éloignés ( de 1 à 11 ans ) sont dans l'ensemble bons et stables :

- 71,9 % des opérés ayant récupéré une fonction normale
- 20,4 % ont été très améliorés.
- 6 % ont été peu ou pas améliorés
- 1,7 % seulement ont vu malgré l'intervention l'état de leur main s'aggraver par la suite.

D.- La bénignité de l'intervention est bien prouvée par la courte durée d'hospitalisation, qui n'est en moyenne que de 4 jours.

La durée moyenne de l'arrêt de travail est de 2 à 3 Mois.

---

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de PARIS :

J. SARRAILH

Le Doyen de la Faculté de Médecine :

L. B I N E T

Le Président de la Thèse :

P A T E L

# RÉSUMÉ

# DE NOS 140 OBSERVATIONS

# RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

## OBSERVATION I

Mr P ... Né en 1893 Chauffeur de camions

Début de la maladie en 1940 pour la main droite
1943 pour la main gauche ;

Etat des mains en 1947 :

| | | | |
|---|---|---|---|
| DROITE | III = 2° | GAUCHE | II = 3° |
| | IV = 4° | | III = 3° |
| | V = 3° | | IV = 4° |
| | | | V = 4° |

Présence de coussinets dorsaux

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

Côté droit 25.I.47 : Aponévrectomie et greffe cutanée libre dans la paume

Côté gauche, 11.3.47 : Aponévrectomie et cheiroplastie aux dépens du V

En 1956 :

DROITE légère atteinte du pouce ;

IV = 3°

V = 3-4

GAUCHE tous les doigts sont au 2°

## OBSERVATION 2

M. C ... Né en 1901 Employé de bureau

Début de la maladie en 1946

Présentait au moment de son opération en 1947 des douleurs au niveau des nodules palmaires consécutives à des traumatismes même minimes.

Etat de la main en 1947 :

Seul, le côté droit est atteint :

III = 1°
IV = 2°

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

8.5.47 : Aponévrectomie et ablation des nodules digitaux sans incision devant les lères phalangas.

En Avril 1958 : la main est rigoureusement NORMALE

## OBSERVATION 3

Mme B ... Née en 1874 Repasseuse

Début de la maladie : Main droite 1937
Main gauche 1947

Etat des mains en 1947 :

DROITE IV = 3° GAUCHE IV Normal
V = 4° V = 2°

C.R.O. 10.10.47 Pr Ag. J. GOSSET DROITE
Aponévrectomie et cheiroplastie aux dépens du V.

Malade décédée un an plus tard.

## OBSERVATION 4

M. H ... Né en 1870

Début de la maladie en 1945

Atteinte exclusive de la main droite :

V = 2°

C.R.O. 19.3.48 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie palmaire et digitale ( incis. en L )

Malade décédé, non revu.

## OBSERVATION 5

M. D ... Né en 1893 Livreur

Début de la maladie : 1945

Maladie strictement localisée au V. Droit = 4°

C.R.O. 12 . 8. 47.

Pr. Ag. J. GOSSET Aponévrectomie

Le doigt qui était à peu près normal à la sortie de l'hôpital a commencé à se rétracter 2 mois plus tard ;

Il est amputé en Mars 1948.

## OBSERVATION 6

Mr F ... Né en 1900 Cardien

En 1945, une contusion de la paume de la main droite est suivie de douleurs qui durent 8 jours. 3 mois plus tard, la paume est le siège d'une induration.

En 1949, le malade est vu pour une M.D. typique de la main droite

V = 3°

C.R.O. 26.10.49 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie, avec plastie en Z sur le V.

Très bon résultat 3 mois après l'opération ; depuis lors, le malade est perdu de vue.

## OBSERVATION 7

M. M ... Né en 1919 Menuisier

III Droit = 3°

IV et V Ont été amputés à la suite d'un accident

C.R.O. 3.11.49 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie avec incision en Z sans plastie

Revu en 1956 : III = 2°

Le malade se trouvait un peu amélioré ;

## OBSERVATION 8

M. M ... Né en 1913 Electricien

Début en 1944

Douleurs provoquées par la pression d'instruments durs sur la paume

Etat en 1949 :

DROITE IV = 3° GAUCHE IV = 1°
V = 1° V = 1°

C.R.O. 4. 11. 49 Pr. Ag. GOSSET
Aponévrectomie

Bons résultats post-opératoire, mais malade perdu de vue depuis 1950

## OBSERVATION 9

Mr P ... Né en 1890 Contrôleur

Début en 1939

Etat en 1949 :

DROITE IV = 2° GAUCHE IV = 2°
V = 3°

C.R.O. 9.8.49 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponevrectomie droite

Revu en 1956 : IV = 1° V = 1-2°
Malade décédé en 1957.

## OBSERVATION 10

M. T ... Né en 1902 Règleur sur tour

Antédédent : Fracture ouverte IV G.

Début de la maladie en 1944

Etat en 1949 :

Coussinets dorsaux

DROITE IV = 2° GAUCHE IV = 2°
V = 3°

C.R.O. 8.10.49 Pr. Ag. J. COSSET

Les deux mains dans le même temps :

Droite : Aponévrectomie et Plastie en Z au V.

Gauche : Plastie en Z sur IV

Revu en 1958 :

Persistance de douleurs aux changements de temps dans la main opérée.

Cicatrices un peu épaisses, mais non rétractiles.

DROITE IV = 1-2° GAUCHE IV = 2-3°
V = 2-3° V = 1°

Les. Thénar. légères

Lés. Thénar. légères
+ Sclérose palmaire

Donc, progr. de la M.D.
sur l'apon. restante.

## OBSERVATION II

Mr. S ... Né en 1899 Conducteur de camions

Antécédents : Amput. Pouce et Index G. par scie circul.en 1946
En 194[illegible] Ecrasement P3 auriculaire G.

Début de la maladie : Main Gauche 1940
Main Droite 1945

Etat en 1950 : Forme bilatérale, prédominante à Droite.

| | | | |
|---|---|---|---|
| DROITE | III = 1° | GAUCHE | Quelques nodules |
| | IV = 1° | | Pas de rétraction |
| | V = 2° | | |

C.R.O. II.I.50 Pr. Ag. J. GOSSET Aponévrectomie droite

| | | | |
|---|---|---|---|
| Etat en 1958 : DROITE | III = 1° | GAUCHE | Pas de |
| | IV = 1° | | changement |
| | V = 2° | | |

Le malade trouve sa main améliorée

## OBSERVATION 12

Mr. C ... Né en 1879

Début de la maladie : Main droite 1947
Main gauche 1946

| | | | |
|---|---|---|---|
| Etat en 1950 : DROITE | V = 3° | GAUCHE | III = 3° |
| | Gros bloc | | IV = 2° |
| | fibreux | | V = 3° |
| | palmaire | Peau très adhér. sur corde palm. | |

C.R.C. 10.I.50. Pr. Ag. J. GOSSET - Aponévrectomie Gauche

Malade décédé en 1955

## OBSERVATION 13

Mr, G ... Né en 1887 Chauffeur de chaudières

Antécédents : Plaies par balle I et II Droits.

Début en 1948

Etat en 1950 : DROITE . III = 2° GAUCHE
IV = 2°
V = 2° V = 4°
Coussinets dorsaux

C.R.O. 14.I.50 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie C.

Etat en 1958 :

DROITE : Même état qu'en 1950 + grosse bride sur la face ant. de l'émin. thénar. GAUCHE : Main normale Légère bride face ant. de Thénar

Légères douleurs sur les brides après un travail manuel intense.

## OBSERVATION 14

M, B ... Né en 1910 Timonier (marin)

Début en 1947

En 1950 : Maladie bilatérale à prédominance gauche

DROITE Nodules un peu sensibles Pas de rétraction GAUCHE IV = 2°

C.R.O. 6.3.50. Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et Plastie en "Z"

Très bon résultat post-opératoire, mais malade perdu de vue depuis 1950.

## O B S E R V A T I O N 15

M. B ... Né en 1884 Cheminot

Début en 1948

Etat en 1950 : Maladie strictement Gauche IV = 4°
V = 3°

C.R.O. 9.5.50 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et Plastie en "Z" au IV

En 1958 : MAIN NORMALE

## O B S E R V A T I O N 16

M. F ... Né en 1881 Chauffeur

Début en 1935

Etat en 1950 : Forme bilatérale.

| DROITE | | GAUCHE | |
|---|---|---|---|
| III = | 2° | III = | 3° |
| IV = | 2° | IV = | 3° |
| | | V = | 3° |

C.R.O. : Pr. Ag. J. GOSSET

12.I2.50 : Aponévrectomie gauche

17. I.5I : " droite

En 1958 :

Mains droite et gauche NORMALES
Mis à part l'apparition de brides dans le plis de la 1ère commissure aux 2 Mains

## OBSERVATION 17

M. D ... Né en 1893 Linotypiste

Antécédents : Rhumatisme chronique

Début : 1944 Induration des corps caverneux

1945 Main Gauche

Etat en 1950 : M.D. Bilatérale à prédom. gauche

| DROITE | GAUCHE |
|---|---|
| | I = 1° ( nodule ) |
| | II = 1° |
| | III = 2° |
| | IV = 2° |
| V = 2° | V = 4° |

C.R.O. 18.IO.50 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et Plastie en "Z" sur V. ( Gauche )

En 1958 : DROITE Fibrose du V GAUCHE Main NORMALE, sauf
V = 3° ( dévié ) grosses lésions thénar,
Bride de MP I à MP III mais sans gêne fonction.

## OBSERVATION 18

M. P ... Né en 1908 Aide-comptable

En Août 1950

Main gauche (opérée en Mars 1950, dans un autre service)

II = 2° III = 2°
IV = 3° V = 3°

Main droite : III = IV = V = 3°

C.R.O. 2.8.50 Pr. Ag/ J. GOSSET Aponévrectomie Droite

Malade décédé un mois après l'intervention.

## OBSERVATION 19

M. V ... Né en 1904 Maçon

Début en : 1945 à gauche

1951 à droite

Etat préopératoire des mains :

GAUCHE ( 1950 ) III = 2°

IV = 3°

V = 4°

DROITE ( 1954 ) III = 2°

IV = 3°

V = 4°

Mains douloureuses ( crampes ) après un travail manuel.

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

2. I2. 50 Aponévrectomie gauche

23. 7.54 Aponévrectomie enlevant des nodules digitaux sans incision pré-phalangienne ;
Une greffe mince est placée sur la paume qui ne peut être suturée.

EN 1958

Mains symétriques : IV = V = 3°

Nodules thénariens sans gêne fonctionnelle.

Gros Nodules ( volume d'une noix ) à l'extrémité distale du tendon du petit Palmaire.

Mains sensibles au froid.

Maladie de LEDDERHOSE.

## OBSERVATION 20

M. M ...

Maladie bilatérale très accentuée à droite.

C.R.O. : 20.7.50 Pr. Ag. J. GOSSET

Droite : Aponévrectomie
Gauche : Cheiroplastie avec le V.
(séquelles d'opération antre)

Malade perdu de vue 2 mois après son opération.

## OBSERVATION 21

M. M ... Né en 1896 Chaudronnier

Début en Janvier 1950 ; Forme à évolution rapide.
douleurs lorsque la main s'appuie sur un plan dur.

En Juin 1950 : DROITE : IV = V = 2°
GAUCHE est Normale

C.R.O. 3.6.50 : Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et Plastie en "Z" sur Pl IV

En 1958 :

DROITE : Main fonctionnellement normale
Peau palmaire un peu indurée ,
gros nodule devant $MP_1$ , et légère corde le long de la lère commissure.

GAUCHE : Noyaux et cordes devant M. IV et V.

Nodule devant MP. I.

## O B S E R V A T I O N 22

Mme M...

Antécédents : Epilepsie B.J.
Fracture grave du coude droit en 1940.

Début en 1943.

En 1951 : Maladie unilatérale Droite : IV = 3°
V = 4°.

C.R.O. = 3.8.51 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie.

En 1956, la malade se déclarait satisfaite sans réserve de son opération.

## O B S E R V A T I O N 23

M. C ... Né en 1896 Ouvrier spéc.

Début de la maladie : 1946.

Antécédents : Fracture P3 - IV Gauche.

En 1951 : Main Gauche : IV = 3°

C.R.O = 27.11.51 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie, temps digital sur le IV.
Rétraction importante, mais peau en bon état.

Malade perdu de vue.

## O B S E R V A T I O N 25

M. M.... Né en Mandataire aux Halles

En 1951, main droite uniquement atteinte;

IV = 4° Nodule P I IV
V = 4°
Coussinets dorsaux.

C.R.O. = 12.4.51 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie typique.

En 1958 : Main Droite NORMALE (sauf léger déficit à la flexion de P 3 IV)
Main Gauche (non opérée) III = IV = 2°.

Maladie de LEDDERHOSE.

## OBSERVATION 25

M. L ...

Maladie localisée au IV Droit : Gros nodule devant Pl

C.R.O. 13.3.51 Pr. Ag. J. GOSSET

Ablation du noyau par plastie en "Z"

Malade perdu de vue

## OBSERVATION 26

M. D ... Né en Ajusteur mécanicien.

Maladie striotement localisée à la 1ère phal. du III Droit qui est rétractée au 3°

C.R.O. 1.3.51 Pr. Ag. J. GOSSET

Ablation du noyau par plastie en "Z"

En 1958 :

Main droite :

Médius absolument NORMAL

L'auriculaire est porteur d'un nodule devant PI et présente un léger début de rétraction

## O B S E R V A T I O N 27

M. M ... Né en 1930 Souffleur de verre

Antécédents : Blessure au niveau de la paume de la main ( 4ème Métacarpien ) en 1948. Des fragments de verre restent inclus jusqu'en 1950. Moment où l'on enlève un nodule cicatriciel les contenant.

Début de la maladie : 1951

En 1952, le malade est vu avec une M.D. strictement localisée à l'annulaire droit qui est en position 2°

C.R.O. : 20.II.52 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie, et plastie en "Z" sur PI-IV

En 1958 : le IV s'étend presque complètement ,

mais, apparaissent : une corde et un nodule devant le 5 ème métacarpien.

Le malade se trouve cependant très amélioré.

## O B S E R V A T I O N 28

M. S ... Né en 1899 Frigoriste

Maladie de Dupuytren unilatérale gauche

III = 2° ; IV = 3° ; V = 4°

Grosse sclérose palmaire

C.R.O. 3.4.52 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et plastie en "Z" sur le V.

En 1957 :

Main NORMALE

## OBSERVATION 29

M. L ... Né en 1900 Inspecteur

Début en 1942 de M.D. droite
en 1953 " gauche

En 1952 :
Forme presque uniquement digitale du IV Droit ( 3°)
avec légères douleurs en fin de journée.

C.R.O. 5.IO.52 Pr. Ag. J. GOSSET
2 plasties en "Z" sur PI et P2

En 1958 :
Légère hypoesthésie de P2-IV

Apparition de corde et de nodule devant le 4ème Métacarpien
IV s'étend presque complètement.

Main gauche : gros nodules palmaires devant M.III et V.
Corde devant l'éminence Thénar
V = 3°.

## OBSERVATION 30

M. H ...

Maladie localisée à la main CAUCHE
V = 3°
avec nodule devant P2

C.R.O. 3.4.52 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur P2-V

Revu en 1956 : main NORMALE

## OBSERVATION 31

M. D ... Né en 1898

En 1952 :

DROITE III = 2° GAUCHE : simples nodules palmaires
IV = 2°
V = 3°

C.R.O. 15.I2.52 Pr Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et Plastie en "Z" sur le III

En 1956 : Droite III = 1° Gauche : Pas de changement.
IV = 2°
V = 2°

## OBSERVATION 32

M. R ... Né en 1889 Violoniste.

Antécédents : rhumatismes chroniques.

Début de la maladie : 1948 :

DROITE IV = 2° GAUCHE Nodules
V = 3°
Nodule PI - V

C.R.O. 17.5.52 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et plastie en "Z" sur V Dt

En 1958 :

Dr. Excellent résultat ( sauf légère Hypoesthésie du V )
Grosses cordes dans la lère commissure gênant l'abduction

G. Pas de changement sauf bride face ant. d'éminence thénar.

Maladie de LEDDERHOSE.

## OBSERVATION 33

Mme M ... Née en 1903 Secrétaire

Antécédents : En Janvier 1951, fracture grave de l'humérus droit, suivie de Péri arthrite scapulo-humérale ; de raideur du coude et, à un moindre degré, du poignet.

En Mai 1951, apparition d'une M.D. droite, suivie en Septembre d'une M.D. gauche.

Ces maladies de Dupuytren ont comme particularité d'être douloureuses, de s'accompagner de troubles vaso-moteurs importants, et d'évoluer très rapidement.

Cette malade a déjà subi en 1951 deux interventions sur la main droite, dans une autre ville, sans aucune amélioration.

Elle vient consulter en Mai 1952 à l'hôpital ANTOINE CHANTIN, les lésions sont très graves.

La main DROITE : tous les doigts sont bloqués, les métacarpo - phalangiennes en extension, les inter-phalangiennes en demi-flexion; il existe en outre une cicatrice palmaire rétractile ( incision en "T" ) et d'autres sur les doigts.

La main GAUCHE : tous les doigts sont au 2°, avec de grosses lésions fibreuses; il existe des lésions thénariennes avec limitation des mouvements de flexion - extension.

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET.

En Juin et Juillet 1952, Plusieurs interventions à visée mobilisatrice sont tentées ( résection arthroplastique ) qui ne donnent le résultat escompté ; on décide alors de ne pas opérer la main gauche.

## O B S E R V A T I O N 34

M. R ... Né en 1901 Adjudant de gendarmerie.

Début de la maladie à Droite en 1940
à Gauche en 1949

En 1951 : DROITE III = 2° GAUCHE III : nodule PI
IV = 4° IV = 2°
Coussinets dorsaux.

C.R.O. 8.7.52 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie droite et Plastie en "Z" sur IV

En 1958 : DROITE : Main NORMALE, sauf grosse bride dans la 1ère commissure gênant un peu l'abduction et nodule devant l'éminence thénar.
GAUCHE : IV = 2°.

## O B S E R V A T I O N 35

M. L ... Né en 1896 Forgeron

Début : Main droite en 1947
Main gauche en 1942

En 1951 : DROITE III = 2° GAUCHE III = 2°
IV = 3° IV = 4°
V = 4° V = 4°

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

28.I.52 : Droite Aponévrectomie et "Z" sur le V
18.3.52 : Gauche Aponévrectomie et "Z" sur les IV et V ;

En 1958 : DROITE Fonctionnellement normale
bien que le V reste en position 1-2
légère bride de M.P.I à M.P.III

GAUCHE IV = V = 1à2

Malade cependant satisfait, a repris son métier de forgeron qu'il pratique sans gêne.

## OBSERVATION 36

Mme R ... Née en 1875 Sténo-dactylo

Antécédents familiaux : un frère cultivateur et une cousine institutrice sont atteints de M.D.

Début de la maladie en 1951 ;

Etat en 1953 :

| | DROITE | GAUCHE |
|---|---|---|
| | III = 3° | |
| | IV = 3° | IV = 2° |
| | V = 1° | V = 2° |
| | + Corde sur la face ant. de l'éminence thénar et coussinets dorsaux. | Corde dans la 1ère commissure. |

C.R.O. 25.3.53 : Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie droite et Plastie en "Z".

En 1958 :

A droite.
Main sensible au froid.

Les 4 doigts de la main droite sont normaux ,
Mais un gros nodule de la 1ère commissure très rétractile maintient le pouce complètement collé à la face externe de l'index. En plus, bride tendue du P. Palm. à la base de P2

Main GAUCHE : un peu aggravée, que la malade désire faire opérer.

Les lésions thénariennes sont semblables à celles de la main Droite.

## OBSERVATION 37

M. D ... Né en 1904 Maréchal-ferrand

Début en 1932, et rétraction à partir de 1951.

En 1951, seule la main droite était atteinte :
IV = 3° ; V = 3°

C.R.O. 2.5.53 Pr. Ag. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z".

En 1958 :

DROITE IV = V = 1-é°
Petit nodule PI-V
Légère bride sur la face antérieure de l'éminence thénar.

GAUCHE Cordes devant les 3è, 4è, 5è métacarpiens.

## OBSERVATION 38

M. T ... Né en 1899 Chauffeur de chaudières.

Début en 1936

En 1953 :

DROITE V = 2° GAUCHE IV = 3° V = 3°

Maladie de LEDDERHOSE.

C.R.O. 20.5.53 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z".

Malade perdu de vue.

## OBSERVATION 39

M. G ... Né en 1889 Chauffeur de poids lourds

Antécédents Pers. Plaie P3 IV Dr. 1940

Début : main droite en 1944
main gauche en 1946

En 1953 : DROITE IV = 2°
V = 2°
GAUCHE III = 3°
IV = 3°

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

2.6.53 Aponévrectomie droite et Plastie en "Z" sur V.
13;10.53 Aponévrectomie gauche

En 1958 ; les deux mains sont NORMALES, mise à part l'existence de légères brides dans la 1° commissure de chaque côté.
Le malade se plaint de crampes dans la main droite, lorsqu'il a longtemps serré un outil.

## OBSERVATION 40

M. B ... Né en 1893 Cimentier

Début de la maladie en 1948

En 1953 : Main droite : NORMALE

Main gauche : III = 3° ; IV = 2° ; V = 3°

C.R.O. 2.6.53. Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur PI — IV.

En 1958 :

Main Gauche : un peu succulente par ailleurs NORMALE sauf un petit nodule à la face interne de PI-IV. et la présence d'une très légère bride dans la 1ère commissure Hypoesthésie P3-IV ;

Main droite : Pas de rétraction des doigts ; mais épaississement diffus dd l'A.P.M. et très légère

## OBSERVATION 4i

M. B ... Né en 1870 Maitre d'hôtel

Antécédents : Entorse PI-P2 du V gauche en 1948
Rhumatismes

Début de la maladie : 1950

En 1953 : DROITE : Petits nodules palm. GAUCHE : III = 2°
IV = 3°
V = 2°

C.R.O. 13.6.53 Pr Ag. J. GOSSET
Aponevrectomie et plastie en "Z" du IV

En 1958 : Mains très sensibles au froid ;

DROITE : Nodule MP IV
très légère corde dans la lère Commissure

GAUCHE : Main NORMALE, mise à part une légère bride de la lère commissure.

## OBSERVATION 42

M. Z ... Né en 1900 Photographe.

Antécédents : Fracture de l'index Dr. en 1914
Luxation du coude Dr, en 1936

Début de la M.D. : Gauche en 1951
Droite en 1953

En 1953 : DROITE : Petits nodules palmaires
GAUCHE : III = IV = V = 2°

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET 3.9.53 Aponévrectomie G
I8.I.56 Aponévrectomie D

En 1958 : Main DROITE : Mobilité parfaite mais apparition d'une légère corde dans la lère commissure.

Main GAUCHE : Cicatrices un peu sensibles; Nodule et corde peu importantes devant le 3 è métacarpien.
Légère bride dans la 1° commissure.

## OBSERVATION 44

M. K ... Né en 1914 Contremaître

Début en 1943

En 1953 main droite uniquement atteinte :

III = 1°
IV = 4°
V = 1°

C.R.O. 21.10.53 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie facile

En 1956 : Main très améliorée, mais qui reste sensible au froit ; le IV reste au 2°.

## OBSERVATION 45

M. R ... Né en 1897 Tourneur

M.D. bilatérale mais très asymétrique :

Main Droite peu atteinte ;

Main Gauche : IV = 4° ( ongle inorusté dans la main )
V = 3°

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

23.4.53 Aponévrectomie avec temps digital sur IV et V.

En 1956 :

L'extension complète des doigts peut être obtenue.

## O B S E R V A T I O N 45

M. T ... Né en 1914 Officier de recrutement

Antécédents : Fracture de Pouce gauche en 1950

Début de la maladie en 1952

En 1953 :

DROITE Normale GAUCHE III = 2°
IV = 2°
V = 2°

C.R.O. 9.7.53 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie sans temps digital

En 1958 : Main gauche pratiquement normale, sauf :
légère hypoesthésie du IV auquel il manque environ 5° d'extension.

## O B S E R V A T I O N 46

M. V ... Né en 1910 Professeur

Maladie de D. gauche prédominant sur le V

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

Le 26.3.53 Aponévrectomie sans temps digital

En 1956 , le résultat opératoire était excellent.

## OBSERVATION 47

M. C ... Né en m892 Cantonnier

Antécédents : Fracture P3 IV Gauche
Rhumatisme

Début de la maladie : 1941 à gauche
1953 à droite

En 1954 : Main gauche : IV = 3°
V = 2°

C.R.O. 17.5.54 Pr Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie avec temps digital
Dans les suites apparaît une nécrose limitée de la plastie en "Z"; la cicatrisation ne sera complète qu'au bout de 4 semaines

En 1958 : MAIN GAUCHE : Douleurs dans la main après un travail prolongé. Les doigts qui pouvaient s'étendre après l'opération se sont rétractés :
III = 2° ; IV = 3° ; V = 2°

MAIN DROITE , est atteinte à son tour ;
Corde et noyaux palmaires. IV = V = 3°

## OBSERVATION 48

M. H ... Né en 1892 Exploitant forestier

Maladie bilatérale, ayant commencé simultanément en 1952.

En 1954 : Lésions symétriques II = 2°
III = 3°
IV = 2°

C.R.O. 29.4.54 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et ablation d'un nodule situé devant PI-III

En 1958: Main DROITE : NORMALE quant au résultat opératoire, mais apparition de lésions thénariennes: bride de la 1ère commissure gênant un peu l'abduction.

Main GAUCHE ayant peu évolué, on ne propose pas d'intervention sur cette main au malade, qui est par ailleurs atteint d'une M. de Parkinson sévère.

## OBSERVATION 49

M. L ... Né en 1905 Ajusteur mécanicien

Antécédents : Fracture de PI V Gauche en 1952

La M.D. débute en 1953

Lors de l'intervention, seule la main gauche était atteinte :

IV : Nodule devant PI
V = 3°

C.R.O. 26.2.54 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et ablation d'un nodule devant PI-IV

En 1956, la main était NORMALE à tous points de vue

## OBSERVATION 50

M. M ... né en 1915 Métallurgiste

Maladie de Dupuytren Gauche : IV = 2°
V = 4°

C.R.O. 1.7.54 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie avec temps digital sur le V.

Résultat en 1956 IV = 1°
V = 2°

Mais, bien que le résultat anatomique ne soit pas parfait, le malade n'éprouve pratiquement pas de gêne.

## OBSERVATION 51

M. P ... Né en 1915 Chef de surveillance

Maladie de Dupuytren Droite;

En 1954 : III = 1° ; IV = 2° ; V = 3°

C.R.O. 22.2.54 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et plastie en "Z" sur IV et V

En 1956, la main est NORMALE

## OBSERVATION 52

M. T ... Né en 1900 Maquettiste

Date de début : 1950

En 1954, seule la main droite est atteinte;

III = 1° ; IV = 2° ; V = 1°

avec cordes palmaires et nodule devant PI-IV.

C.R.O. 18.I.54 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie avec temps digital.

En 1958 :

Main DROITE : NORMALE, mise à part une légère raideur du IV avec hypoesthésie de la pulpe et sensibilité au froid

Main GAUCHE : est atteinte depuis 1955 : outre de grosses lésions palmo-digitales

II = 1¢ ; III = 3° ; IV = 2°

Le malade désire se faire opérer la main gauche.

## OBSERVATION 53

Mme P ... Née en 1910 Femme de chambre

Antécédents : Epilepsie généralisée.

Début de la maladie en 1944.

En 1955 : DROITE IV = 4° GAUCHE II = 2°

C.R.O. II.I.54 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie droite

En 1958 : Main DROITE : Les 3 derniers doigts sont normaux; L'index présente un nodule sur la face antérieure de PI. Il existe une assez importante récidive thénarienne ( face ant. et commissure ) mais sans gêne fonctionnelle.

Main GAUCHE : Les lésions ont augmenté, mais les doigts ont conservé la même fonction.

## OBSERVATION 54

M. V ... Né en 1899 Cimentier. ...

Antécédents : rhumatismes

Début : 1950 pour la main droite
1952 pour la main gauche

En 1954 : Main DROITE IV = 2°
GROSSES LESIONS NODULAIRES
Coussinets dorsaux.

Main GAUCHE lésions minimes devant la 5ème métacarpien

C.R.O. 16.I.54 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie, le nerf du 2ème espace est blessé : on le suture aussitôt.

En 1958, main NORMALE ,
n'était la persistance de petits troubles sensitifs dans le territoire du 2ème nerf (surtout marqués au froid) et l'apparition d'un nodule sur le pouce qui GENE L'EXTENSION.

## OBSERVATION 55

M. F ... Né en 1899

Antécédents : Rhumatisme.

En 1954 : Main droite Normale; sauf coussinet dorsal du Pouce
Main GAUCHE : V = 4° avec nodules PI et P2
Nodules thénariens.

C.R.O. 19.I.54 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie typique, avec plastie en "Z" du V et longue incision dans le pli d'opposition du pouce pour enlever les lésions thénariennes.

En 1958 : Main DROITE : Lésions nodulaires devant l'éminence thénar et le 5ème métacarpien, mais sans rétraction.

Main GAUCHE : le 5ème doigt qui a été normal pendant 2 ans se rétracte et est actuellement en position 3
Récidives thénar: sur le bord externe et dans la commissure.
cicatrice légèrement épaissie.

## OBSERVATION 56

M. P ... Né en 1907 Employé à l'entretien des bâtiments de la ville de Paris.

Début en 1953 d'une M.D. droite par un nodule devant PI-V

En 1954, les cordes et novules sont douloureux aux bhoos, la rétraction n'atteint que le V = 3°

C.R.O. 19.I.54 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie avec temps digital, le nerf collatéral Ext. du V qui est pris dans le bloc scléreux préphalangien est sectionné accidentellement.

En 1958 : Persiste une hypoesthésie dans le territoire du nerf blessé; il existe une légère bride dans la 1ère commissure; sans gêne à la mobilité du pouce.

par ailleurs, main NORMALE.

## OBSERVATION 57

M. B ... Né en 1898 Monteur électricien

Début d'une M.D. bilatérale en 1950

En 1954 : DROITE 2 nodules devant M IV
GAUCHE IV = 2°
V = 4° ( avec hyperextension de P3 )

C.R.O. 19.2.54 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie avec plastie en "Z" sur BI-V

En 1956 : Bons résultats; V = 2°
Pas d'aggravation de la main DROITE

En 1958, la main gauche a conservé son bon résultat,; Paume et cicatrices souples; V = 1-2°; l'articulation P.2 - P.3 est bloquée en extension. Récidive thénar sous forme d'une légère bride commissurale, présentant un petit nodule en son milieu et devant M.P.2.

Main DROITE : Bride et nodule devant M et M.P.4 mais l'dxtension est normale. Très grosse lésion thénarienne; énorme bride oblique de la face antérieure ( ½ cm d'épaisseur ) avec un gros épaississement nodulaire (noisette) devant le pli de flexion M.P.I.bloquant cette articulation en une flexion à 90°.

## OBSERVATION 58

M. L ... Né en 1902 Electricien

Antécédents familiaux : un frère atteint de M.D.
Début en 1951 d'une M.D. bilatérale à prédominance Gauche.

En 1954 : Droite ; nodule MP-IV
GAUCHE : IV = 2°, avec un gros nodule phalangien se prolongeant devant PI-P2.

C.R.O. 14.3.54. Pr. Ag. J. GOSSET.
Aponévrectomie avec temps digital, car il existe une grosse bande devant IV, se prolongeant par un gros nodule devant PI-P2 Blessure à ce niveau du collatéral ext. du IV qui est aussitôt suturé.

En 1956, Main NORMALE, mise à part une légère rétraction du V.

## OBSERVATION 59

M. D ... Né en 1920 Linotypiste

Antécédents : Rhumatismes

Début de la maladie en 1947 : ( GAUCHE )

En 1954, le malade décide de se faire opérer du fait d'une gêne professionnelle importante, malgré la légèreté des lésions:

fibrose palmaire;
IV = 1-2°

C.R.O. 23.3.54 Pr Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie limitée aux deux derniers doigts

En 1956, le malade est satisfait sans réserve, sa main est NORMALE

## OBSERVATION 60

M. H ... né en 1903

En 1947, début d'une M.D. bilatérale prédominant à droite;

En 1954 : DROITE : IV = 4° ; V = 1-2°

GAUCHE : Légers nodules palmaires

Coussinets dorsaux aux deux mains. M. de LEDDERHOSE

C.R.O. 7.IO.54 Pr. Ag. J. GOSSET

Forme très sévère, avec lésion maximum du IV.
Aponévrectomie avec plastie en "Z" sur PI-IV.

En 1956 : Malade non amélioré, à droite.
Les II et V Gauches sont un peu rétractés (1-2°)

## OBSERVATION 61

M. C ... Né en 1896 Employé SNCF

Début en 1940 d'une M.D. bilatérale :

| En 1954 : | DROITE | GAUCHE |
|---|---|---|
| | III = 3° | |
| | IV = 3° | IV = 2° |
| | V = 4° | V = 3° |

C.R.O. 19.10.54 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie droite et plastie en "Z" du V.
En fin d'intervention, on ne peut obtenir l'extension complète du V.

En 1958, l'excellent résultat opératoire qui s'était maintenu pendant 2 ans, s'est détérioré :

III = 1° ; IV = 2° ; V = 3°

Légère hypoesthésie persistante du V.

Le malade se trouve cependant très amélioré.

## OBSERVATION 62

M. L ... Né en 1892 . Mécanicien

Début en 1944 d'une maladie de Dupuytren Gauche

En 1934, outre les lésions pulmonaires : III = IV = 2°

C.R.O. 10.9.54 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie typique.

En 1958 :

MAIN GAUCHE NORMALE, sauf une légère bride de la 1°commissure

MAIN DROITE : Apparition d'un petit nodule devant MP-IV.

## OBSERVATION 63

M. B ... Né en 1903 Ingénieur
( très bricoleur )

Antécédents : Cervicarthrose avec radiculalgie droite depuis 1956

M.D. bilatérale ayant débuté en 1935 ;

En 1955, les 2 mains sont symétriques :
IV = 4° ; avec nodule PI-IV

C.R.O. I9.I0.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie avec temps digital.

En 1958 : Main normale, mais réapparition d'un petit nodule devant MP-V ; et d'un gros nodule à la face antéro-externe de MP-I qui associé à une bride thénarienne gêne l'extension du pouce. Main sensible au froid.

La main GAUCHE a beaucoup évolué :
IV = 4° avec déviation externe du doigt ;
V = 2°

## OBSERVATION 64

M. G ...

M.D. droite prédominant sur le V (=2°)
Enorme nodule devant PI-V

C.R.O. 7.II.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie typique.

En 1956, le malade est satisfait sans réserve des résultats de l'opération.

## OBSERVATION 65

M. C ... Né en 1903 Maçon

M.D. droite grave : III = IV = V = 4°
Atteinte du pouce

C.R.O. 28.II.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie sans temps digital;

En 1956 : Hypoesthésie du bord externe du III
Par ailleurs main NORMALE.

## OBSERVATION 66

M. M ... Né en 1896 Comptable

Maladie de Dupuytren bilatérale à prédominance Gauche : GAUCHE: IV = 4°

C.R.O. 2.5.55 Pr. Ag. J. GOSSET Aponévrectomie

Arrêt de travail : 1 mois

En 1956, la main opérée est NORMALE.

## OBSERVATION 67

M. G ... Né en 1905 Electricien

Début en 1949 d'une M.D. bilatérale et symétrique IV = 2°; V = 2°
Coussinets dorsaux

C.R.O. 12.5.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Opération en un temps des 2 mains :
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur PI-V

A.T. 2 mois ½

En 1958 : les 2 mains sont tout à fait NORMALES.

## OBSERVATION 68

M. V ... Né en 1895 Plombier

En 1945, débute une M.D. bilatérale.

En 1956 : DROITE Nodules GAUCHE IV = 4°
V = 4°
Coussinets dorsaux

C.R.O. 24.2.56 Pr. Ag. J. GOSSET - Aponévrectomie

A.T. pendant 1 mois

En 1958 : Droite: Aggravée depuis 1956, mais toujours pas de rétractions
Cauche : Main NORMALE, mis à part une grosse bride dans la lère commissure ( sans gêne fonctionnelle ) et une certaine sensibilité au froid.

## OBSERVATION 69

M. M ... Né en 1893 Industriel

Antécédents familiaux : un cousin
" personnels: Rhumatismes.

Début en 1940 d'une M.D. bilatérale prédominant à gauche :

En 1955 : DROITE III = 1° GAUCHE III = 2°
IV = 2° IV = 3°
V = 3° V = 4°

C.R.O. 10.I.55 Pr. Ag. JQ GOSSET - Aponévrectomie très difficile, peau très adhérente sur des brides médianes très épaisses

En 1958 : Main DROITE non opérée, est nettement aggravée :
III, IV, V sont au 3°
Main GAUCHE : Cicatrices un peu soléreuses
Doigts légèrement enraidis, mais tous s'étendent sauf V=2°
Déviation du III en dedans
Apparition d'un nodule sur la face antéro-int. de la base du pouce.

Toutes ces lésions ne déterminent que très peu de gêne fonctionnelle, et le malade se dit très satisfait.

## OBSERVATION 70

M. D ... Né en 1907 Infirmier

En 1955 M.D. Droite, III = 2° ; IV = 3° ; V = 4°

C.R.O. 21.2.55 Pr. Ag. J. GOSSET - Aponévrectomie

A.T. pendant 3 Mois.

En 1956 : Les doigts atteints sont au stade 2° et le malade se plaint de vagues douleurs dans la main opérée après un travail important particulièrement.

## OBSERVATION 71

M. L ... Né en 1896 Nombreux métiers manuels

Début en 1949 d'une M.D. bilatérale.

En 1955 : outre de petits coussinets dorsaux ,

DROITE : III = 2° GAUCHE : III = 2°
IV = 3° IV = 3°
V = 3° V = 4° ( avec hyper-ext. P3 )

C.R.O. : Pr. Ag. J. GOSSET
14.II.55 Aponévrectomie gauche
17.I. 56 Aponévrectomie avec résection d'une bande scléreuse située au bord interne de MP-V.

A.T. pendant 4 mois.

En 1958 : Main droite : Légère sclérose palmaire IV = 1-2° ; V = 2° Bride sur la face ant. de l'éminence thénar

Main gauche : IV = 2°; V = 3° ( doigt enraidi depuis une fracture datant de 1916 ).

La force de préhension est conservée ; le malade se dit satisfait malgré les séquelles.

## OBSERVATION 72

M. F ... Né en 1901 Employé de bureau

Début en 1938 : Main droite
1954 : Main gauche

Le côté gauche a été opéré en 1948 dans un autre service; le degré de rétraction était alors : IV = V = 2°
Dans le même temps opératoire, le V droit a été amputé.

En 1955, la main Droite se présentait :
III = 2° ; IV = 3°
Sclérose palmaire.

C.R.O. 4.I.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie facile.

En 1958 : Peu d'améliorations.

## OBSERVATION 73

M. B ... Réceptionnaire dans menuiserie

Début en 1947

En 1955 : DROITE : III = 2° GAUCHE
IV = 2°
V = 3° V = 2°
troubles vaso-moteurs.

C.R.O. I8.I.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie difficile, car existe une importante sclérose palmaire avec peau rigide et très adhérente, en particulier devant PI-V

En 1958 :
DROITE : V = 2° + paume scléreuse
bride tendue de MP-1 à M.P.III

GAUCHE : apparition de corte tendue de MP-1 à MP.III

## OBSERVATION 74

M. N ... Né en 1892 Surveillant d'usine

Début en 1943

En 1955 : DROITE : III = 2° GAUCHE III = 2°
IV = 3° IV = 2°
V = 4° V = 2°

Nodule thénar avec gêne à l'extension du pouce.

C.R.O. 2.2.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Main droite : Amputation du V. ( déjà opéré en dehors du service). On utilise sa peau dorsale pour recouvrir la paume de la main.

Aponévrectomie; le collatéral interne du IV est sectionné et suturé.

En 1958 :

Main Gauche a peu évolué depuis 1955.

Main Droite : l'amélioration n'a pas duré; actuellement, les doigts sont à peu près dans la même position qu'avant l'opération.

## OBSERVATION 75

M. P ... Né en 1911

Début en 1954.

II = 2°
DROITE : III = 2° GAUCHE : III = 2°
IV = 3° IV = 1°
V = 4° V = 3°

Lésions scléreuses très importantes

C.R.O. 2.3.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie habituelle droite.

En 1956 : III = 1° ; IV = 1° ; V = 2°.

## OBSERVATION 76

M. D ... Né en 1905 Ajusteur

Antécédents : Epilepsie

Début de la maladie en 1930

En 1954 : Brûlure de la main droite qui laisse comme séquelle un enraidissement de toutes les articulations.

En 1955, le malade vient se faire opérer :

la main gauche est peu atteinte;
la main droite au contraire présente des rétractions importantes de tous les doigts ( = 3° )

On renonce à l'intervention devant :

- les raideurs articulaires
- le fait que le malade est un diminué psychique

## OBSERVATION 77

M. J ... Né en 1918 Officier de police

Antécédents familiaux : père, mère et un frère jumeau.

Antécédents personnels : suppuration après plaie devant MP-IV en 1938

Début de la maladie en 1940

Etat en 1955 : DROITE : Nodules devant M-IV
pas de rétraction

Gauche : IV = 4° ; V = 4°
Coussinets dorsaux bilatéraux

C.R.O. 15.4.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur IV et V.

En 1958 : La main droite n'a pas évolué.
La main gauche : IV = V = 2°

## OBSERVATION 74

M. N ... Né en 1892 Surveillant d'usine

Début en 1943

En 1955 : DROITE : III = 2° GAUCHE III = 2°
IV = 3° IV = 2°
V = 4° V = 2°
Nodule thénar avec gêne à l'extension du pouce.

C.R.O. 2.2.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Main droite : Amputation du V. ( déjà opéré en dehors du service). On utilise sa peau dorsale pour recouvrir la paume de la main.

Aponévrectomie; le collatéral interne du IV est sectionné et suturé.

En 1958 :

Main Gauche a peu évolué depuis 1955.

Main Droite : l'amélioration n'a pas duré; actuellement, les doigts sont à peu près dans la même position qu'avant l'opération.

## OBSERVATION 75

M. P ... Né en 1911

Début en 1954.

II = 2°
DROITE : III = 2° GAUCHE : III = 2°
IV = 3° IV = 1°
V = 4° V = 3°
Lésions scléreuses très importantes

C.R.O. 2.3.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie habituelle droite.

En 1956 : III = 1° ; IV = 1° ; V = 2°.

## OBSERVATION 76

M. D ... Né en 1905 Ajusteur

Antécédents : Epilepsie

Début de la maladie en 1930

En 1954 : Brûlure de la main droite qui laisse comme séquelle un enraidissement de toutes les articulations.

En 1955, le malade vient se faire opérer :

la main gauche est peu atteinte;
la main droite au contraire présente des rétractions importantes de tous les doigts ( = 3° )

On renonce à l'intervention devant :

- les raideurs articulaires
- le fait que le malade est un diminué psychique

## OBSERVATION 77

M. J ... Né en 1918 Officier de police

Antécédents familiaux : père, mère et un frère jumeau.

Antécédents personnels : suppuration après plaie devant MP-IV en 1938

Début de la maladie en 1940

Etat en 1955 : DROITE : Nodules devant M-IV
pas de rétraction

Gauche : IV = 4° ; V = 4°
Coussinets dorsaux bilatéraux

C.R.O. 15.4.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur IV et V.

En 1958 : La main droite n'a pas évolué.
La main gauche : IV = V = 2°

## OBSERVATION 78

M. P ... Né en 1910 Employé de bureau

Début en 1950

En 1955, le malade ressent quelques vagues douleurs dans les avant-bras le soir.

DROITE IV = 2° GAUCHE petits nodules
V = 3° palmaires

C.R.O. 3.6.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie typique

En 1958 : Main droite NORMALE
Main gauche inchangée.

## OBSERVATION 79

M. B ... Né en 1900 Vernisseur

Début en 1945

En 1955 : Crampes au niveau des doigts :

DROITE : III = 2° GAUCHE : III = 2°
IV = 3° IV = 4°
V = 3-4° V = 4°

C.R.O. 5.II.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie gauche et plastie en "Z" sur III et V.

En 1958 :

Main Gauche : Normale, sauf légère perte de l'extension du V ( = 1-2° )

Main Droite : a peu évolué depuis 1955 ;

Le malade a l'intention de se la faire opérer.

## OBSERVATION 80

M. V ... Né en 1900

Début en 1953

En 1955 : Lésions bilatérales et symétriques, presque strictement palmaires et sans rétraction des doigts.

C.R.O. 13.I2.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie gauche

Malade perdu de vue depuis son opération.

## OBSERVATION 81

M. M ... Né en 1906 Employé de bureau

( ancien blessé de guerre, depuis 35 ans marche en s'appuyant sur 2 cannes. )

Antécédents : Rhumatisme chronique

Début simultanément des 2 mains en 1946

En 1955 : DROITE IV = 2° V = 4° GAUCHE V = 4 ( Hyper ext P3 ) IV = 2°

Grosses lésions scléreuses palmaires

C.R.O. II.I.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie droite facile.

En 1958 : la main est très améliorée;

V = 2° ; IV = 1°

Force musculaire normale, mais la main est plus fatigable.

## OBSERVATION 82

M. K ... Né en 1896

Antécédents familiaux : une soeur, âgée de 65 ans atteinte de M.D.

Début en 1939 d'une M.D. qui semble peu évolutive ( présence de petits nodules ) jusqu'en 1953, lorsqu'à la suite d'une chute sur les mains, apparaît la flexion des doigts, en même temps que se manifeste des douleurs à type de tiraillements dans les mains après les efforts ( porter quelque chose de lourd ).

En 1955 :

| | | | |
|---|---|---|---|
| DROITE | III = 3° | GAUCHE | III = 2° |
| | IV = 3° | | IV = 2° |
| | V = 4° | | V = 2° |

Le V Droit est en outre dévié en dehors.

C.R.O. II.I.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie par la méthode habituelle.

En 1956 : la main droite est NORMALE, mise à part une perte de la flexion complète, et une légère hypoesthésie du V.

En 1958 :

Main Gauche : Pas de changement.

Main Droite : V = 2°

La flexion n'a pas été récupérée, d'où gêne à la préhension des petits objets.

Sensibilité au froid.

Apparition de nodules au bord interne du pied gauche.

## OBSERVATION 83

Mme D ... Née en 1905 Monteuse électric.

Antécédents Personnels : Rougeur et sudation exagérée de la main.

Début en 1954 par des nodules du V gauche.

En 1955 : Main droite est normale.

Main gauche : forme de maladie très particulière :

I : PI-P2 bloquée à angle droit
II : Normal
III : PI-P2 bloquée à angle droit, les autres normales
IV : Normal
V : PI-P2 bloquée à angle droit;
P2-P3 " en hyperextension

C.R.O. 15.2.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Maladie strictement localisée aux doigts sans atteinte palmaire, on intervient exclusivement sur les doigts où l'on enlève les nodules par : Plastie en "Z" sur III
Incision latéro-digitale sur V.

En 1956, malade très amélioré;
non revue en 1958.

## OBSERVATION 84

M. F ... Né en 1892 Manoeuvre

Début en 1930, mais la rétraction ne commence qu'en 1953

En 1955, le malade ressent des douleurs vives dans la paume de la main après de durs travaux

En 1955 : Main gauche normale
Main droite : IV = 2° ; IV = 3°
grosses lésions palmaires

C.R.O. I9.2.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et Plastie en "Z" sur PI-V

En 1958 : DROITE : NORMALE sauf perte de l'extension complète de V (=1-2°)

GAUCHE : Apparition de lésions légères palmaires et Thén.

## OBSERVATION 85

Mme B ... Née en 1892 Laveuse

Début en 1949

En 1955 : Maladie localisée à la main droite
main très sensible, facilement douloureuse ( douleurs à type de lancement ") IV = 2° ; V = 2°

C.R.O. 10.5.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie allant loin sur PI-V

En 1958 : Main gauche : apparition d'un nodule devant M-IV
Main droite : NORMALE
sauf une légère bride dans la lère commissure
Main sensible au froid.
Maladie de LEDDERHOSE.

## OBSERVATION 86

M. H ... Né en 1897 Cantonnier

Antécédents personnels : Fracture fermée de IV et V en 1923.

Début en 1952 d'une M.D. droite, puis bilatérale.

En 1955 : DROITE III = 2° GAUCHE III = 2°
IV = 3° IV = Normal
V = 4° V = "
très gros nodules adhérents.

C.R.O. 13.5.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Forme très sévère
Aponévrectomie avec plastie en "Z" sur III et IV.
Suites : petit sphacèle linéaire sur l'incision palmaire.

En 1958 : Main Droite : récidive 2 ans après l'opération, actuellement la main est à peu près dans l'état où elle était avant l'opération, avec en plus une bride dans la lère commissure gênant l'abduction.En outre main cyanotique

Main Gauche : Grosses lésions scléreuses palmaires et digitales allant jusqu'à P2 sur III et IV. III=IV = 3° Bride et nodule dans la lère commissure.

Le malade se fait opérer de sa main gauche en Mars 1958.

## OBSERVATION 87

M. D ... Né en 1908 Manoeuvre

Antécédents Personnels : Fracture ouverte du V droit en 1930.
Après cet incident, le doigt reste bloqué en flexion.

En 1950 : Apparition d'une M.D. typique à la main gauche.

En 1955 : Main droite : douleurs à type de fourmillement le long de M-V
III = 2° ; IV = 3° ; V = 4°

Main gauche : III = 2° ; IV = 2° ; V = 4°

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET
7.6.55 Aponévrectomie droite,; forme très sévère de la maladie; section du collatéral interne du V. qui est suturé aussitôt ( gros nodule devant P.)
15.7.55 Aponévrectomie gauche.

Résultats satisfaisants en 1956.

Malade décédé en 1957.

## OBSERVATION 88

M. C ... Né en 1902 Cantonnier

Début en 1953 d'une M.D. gauche qui se bilatéralise en 1955.

Etat en 1955 : Douleurs palmaires lorsque le travail force l'extension des doigts.

Main DROITE : Petits nodules palm. et PI-V GAUCHE : III = 3°
IV = 1°
V = 3°
1 = 1-2°
Nodule thénarien.

C.R.O. 13.10.55 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie avec temps digital.

Dans les suites immédiates, pâleur extrême et froid du V, qui cèdent en quelques jours à la novocaïne périhumérale.

En 1958 : GAUCHE : Hypoesthésie de la partie distale de la paume.
Sensibilité au froid.

Cicatrices légèrement scléreuses.
V = 1-2°

DROITE : perte de l'extension complète de P2-P3 V.

Augmentation des lésions scléreuses.

Le malade est satisfait sans réserves et a l'intention de faire opérer sa main droite.

## OBSERVATION 89

M. T ... Né en 1908 Puisatier

Antécédents familiaux : Mère atteinte de M.D.
" personnels: Epileptique

Début en 1938

En 1955 : Douleurs à type de picotements dans la main et le V Droits

| DROITE : | | GAUCHE | |
|---|---|---|---|
| Nodule + bride devant MP.I | | | II = 2° |
| III = 2° | | | III = 3° |
| IV = 2-3° | | | IV = 3° (hyper ext.P3. |
| V = 3° | | | V = 2° |

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET
3.5.55 Aponévrectomie Droite

10.6.55 Aponévrectomie Gauche avec temps digitaux sur III et IV

En 1958 : Sensibilité au froid.

Cicatrices un peu scléreuses.

Les 2 mains ont récupéré une fonction NORMALE , bien que manquent quelques degrés d'extension.

M. de LEDDERHOSE bilatérale.

## OBSERVATION 90

Mmr R ... Née en 1904 Laveuse

Maladie de Dupuytren à évolution rapide : en 4 mois, l'extension des doigts est déjà limitée :

Main droite : III = IV = V = 1-2°

Induration de la paume en regard de MI :

C.R.O. 10.I.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie sans temps digital.

Main pratiquement NORMALE en 1956.

## OBSERVATION 91

Mme V ... Née en 1900

Découverte fortuite en 1956, à l'occasion d'un traumatisme d'une M.D. Bilatérale :

Main Droite : forme uniquement palmaire sans rétraction

Main Gauche : III = IV = 2-3°
V = 2°

C.R.O. 2I.I.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie gauche enlevant un gros nodule situé devant PI-IV. Par l'incision palmaire.

Bon résultat opératoire : les doigts s'étendent complètement ; mais la malade n'est pas revue depuis lors.

## OBSERVATION 92

M. G ... Né en 1903 Brancardier.

Début en 1953.

En 1956 : Seule, la main droite est prise;
le malade y ressent des crampes le matin au réveil.
La force de préhension est diminuée.

II = 2° ; III = IV = V = 2-3°

C.R.O. 1.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie simple.

En 1958 :

MAIN DROITE : NORMALE ; sauf apparition de nodules devant MP.I et MP. III

MAIN GAUCHE : Apparition de lésions palmaires, mais sans rétraction.

## OBSERVATION 93

Mme B ... Née en 1883

Maladie bilatérale peu extensive.

Droite IV = 3°

Gauche V = 3°

Cette malade n'a pas été opérée car elle était porteuse, par ailleurs, d'un cancer du sein inopérable.

## OBSERVATION 94

M. L ... Né en 1902 Tourneur

Début en 1946 d'une M.D. Droite qui ne s'est bilatéralisé qu'en 1957

En 1956 : Droite III = V = 1-2°
IV = 3°

C.R.O. I8.2.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie, dissection difficile d'une bride très serrée devant M IV

En 1958 : Main droite Résultat Médiocre : IV = V = 2°
Sclérose palmaire cicatricielle devant M.IV

Main Gauche : légère rétraction cutanée devant M. V

La main droite est cependant fonctionnellement meilleure, et le malade est satisfait de l'opération.

## OBSERVATION 95

M. V ... né en 1900 Monteur de marchés.

Antécédents Personnels : Rhumatismes

Début en 1947.

En 1956 : DROITE : III = 3° GAUCHE : III = 2°
IV = 1° IV = 2°
V = 2° V = 2°

C.R.O. 2.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie droite et plastie en "Z" PI-III

En 1958 : Main DROITE NORMALE fonctionnellement :
Apparition de lésions thénariennes :
gros nodules devant MP-I
et d'une bride avec un gros nodule dans la lère commissure.

Main GAUCHE : n'a pas changé : pas de lésions thénariennes.

## OBSERVATION 96

M. B ... Né en 1910

Antécédents Personnels : Ecrasement du III droit en 1949

En 1950, apparition d'une M.D. Droite.

En 1956, Main DROITE :

III = 4° avec les articulations bloquées
IV = V = 3°

C.R.O. 3.3.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie avec résection de la moitié distale du III

Résultat opératoire satisfaisant ( apparition de névromes sur le III, obligeant à amputer ) Mécanothérapie suivie de façon fort fantaisiste ( nord africain ). Le malade ne s'est pas remontré à la consultation depuis 1956.

## OBSERVATION 97

M. R ... Né en 1899 Livreur

Antécédents Personnels : Fracture du IV ème Métacarpien Gauche
Rhumatisle

Début de la maladie en 1947

En 1949, la main gauche est opérée dans un autre service : forme très grave; tous les doigts sont en position 4°. L'opération ne donne aucune amélioration.

La main Droite : IV = V = 4° avec grosses lésions palmaires

C.R.O. 16.3.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie droite avec amputation du V
Amputation des IV et V Gauches.

En 1958 : Hypoesthésies du IV droit.
Douleurs dans la main au froid.

Main DROITE fonctionnellement à peu près normale

Main GAUCHE inutilisable, et douloureuse.

## OBSERVATION 98

M. D ... Né en 1926

Début en 1947

En 1956 :
DROITE IV = 2° GAUCHE : Coussinets dorsaux
V = 3°

C.R.O. 24.3.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie très difficile, car la sclérose palmaire est très importante;
Bride P2-V enlevée par une incision latérale.

Très bon résultat opératoire; mais le malade n'a pas été revu depuis fin 1956.

## OBSERVATION 99

M. F ... Né en 1900 Comptable.

Début en 1951 d'une M.D. Bilatérale à prédominance droite.

En 1956 : DROITE : III = IV = V = 2°
Grosses lésions palmaires ;

GAUCHE : Lésions palmaires légères.

C.R.O. 28.4.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie droite et incision en L sur PI-IV

Malade demeurant en Tunisie et dont nous n'avons eu aucunes nouvelles depuis lors.

## OBSERVATION 100

M. P ... Né en 1884 Ajusteur.

En 1948, début d'une M.D. Bilatérale et symétrique :

En 1956 : Grosses lésions palmaires en particulier devant M-V
IV = 2° ; V = 4°.

C.R.O. 15.5.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et plasties en "Z" sur IV et V.
Petit sphacèle en bordure de l'incision palmaire moyenne.

En 1956 : Résultat parfait.

En 1958, l'état de la main s'est un peu détérioré :
les cicatrices sont un peu douloureuses au froid et lors de travaux manuels : L'extension des 3 derniers doigts est un peu limitée (-5°)

L'état de la main GAUCHE est identique à ce qu'il était en 1956.

## OBSERVATION 101

M. B ... Né en 1902 Eboueur de la Ville de Paris

Début en 1954. La rétraction suit de près l'apparition des nodules. Puis, se manifestent des vagues douleurs à type de tiraillement dans l'avant-bras et la main gauches.

En 1956 : DROITE : III = V = 1-2° GAUCHE : III = IV = V = 4°
IV = 2°

C.R.O. 25.5.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie gauche.

En 1958 : Main DROITE : pas de changement

Main GAUCHE : Main pratiquement NORMALE
Cicatrice palmaire un peu indurée.

## OBSERVATION 102

M. P ... Né en 1902 Postier ambulant.

Antécédents Personnels : Périarthrite scapulo-humérale gauche

Début en 1952 d'une M.D. gauche.

En 1956 : Main Droite normale

Main Gauche : Grosse bride devant le 5ème métacarpien
nodule en face de MP-V
V = 3°

C.R.O. 5.6.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur le V

En 1958 : Main Gauche rigoureusement NORMALE ( sauf une légère hypoesthésie du V.)

La main droite ne présente toujours pas de signes de M.D.

## OBSERVATION 103

M. B ... Né en 1903 Violoniste

Début en 1946

En 1956 : DROITE : IV = V = 2°

GAUCHE : IV = 4° ; V = 2°

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

7.8.56 Aponévrectomie Gauche et plastie en "Z" sur le IV

6.9.56 Aponévrectomie Droite difficile, car existe une grosse sclérose palmaire.

Revu en 1958 : Ses 2 mains sont absolument normales;
il a repris son métier de violoniste.

## OBSERVATION 104

M. M ... Né en 1903

Début en 1952.

En 1956 : bien que les lésions soient assez légères, le malase se plaint de douleurs au niveau des nodules palmaires, lorsque il a dû serrer longtemps un objet dur.

DROITE : Grosses lésions palmaires, rétraction minime
III = IV = 1-2°

GAUCHE : Bride devant M.V., avec rétraction du pli cutané.

C.R.O. 3.II.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie simple.

En 1958 : Main Droite NORMALE.

## OBSERVATION 105

M. F ... Né en 1911 Mécanicien auto.

Début en 1950 d'une M.D. d'abord droite.

En 1956 : DROITE : II = III = IV = 2°
V = 4°
Nodules phalangiens devant III, IV, V

GAUCHE : V = 3° avec un gros nodule phal.

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

20.9.56 Aponévrectomie droite
6.II.56 Aponévrectomie gauche et plastie en "Z" sur V.

En 1958, les mains restent très sensibles au froid. Les cicatrices sont souples. Les résultats anatomiques sont moyens :

DROITE : V = 3° IV = 2°
GAUCHE : V = 2°

Le malade est cependant satisfait.

## OBSERVATION 106

M. F ... Né en 1900 Tourneur

Antécédents Personnels : Fracture P.I-V et Plaie P.3-IV droits.

Début en 1954 d'une M.D. droite qui se bilatéralisera en 1957.

En 1956 : DROITE : IV = 3° ; Noyau et bride épais devant M.IV
V garde depuis la fracture une position vicieuse.

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET 4.I2.56 :
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur P.I-IV

En 1958 : DROITE : IV = 1-2°

GAUCHE : Bride et nodule devant M.V.

## OBSERVATION 107

M. B ... . Né en 1896

En 1855, subit un écrasement grave de la main gauche, qui ne cause pas de fractures, mais occasionne un volumineux hématome palmaire. Celui-ci se résorbe, mais laisse place à une induration palmaire, qui s'accompagne de flexion progressive des doigts.

C.R.O. II.I956 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie classique; il faut noter que l'aponévrose adhère beaucoup à la peau, mais se libère très facilement des paquets vasculo-nerveux bien que les cloisons soient très hypertrophiées.

En fin d'intervention, le résultat obtenu est à peu près nul, car les articulations sont très enraidies.

Dans les suites opératoires, la Mécanothérapie n'améliore pas peu et de façon très passagère la mobilité des doigts.

## OBSERVATION 108

M. F ... Né en 1884 Vendeur

Début en 1936 d'une M.D. gauche d'évolution très lente, puisque en 1956, les lésions nodulaires n'ont pas envahi les doigts.

IV = 3°

C.R.O. 19.I.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie sans temps digital.

En 1958, Main NORMALE.

## OBSERVATION 109

M. B ... Né en 1901 Masseur.

Antécédent Personnel : Fracture de P. 3-V droit en 1934

Début en 1954 d'une M.D. droite, puis gauche.

En 1956 : DROITE : III = IV = 2° ; V = 4°

GAUCHE : Nodule devant P.I-IV

C.R.O. 9.2.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Droite : Aponévrectomie sans temps digital.

Gauche : Incision en "L" devant P.I-IV et ablation du nodule.

En 1958 : DROITE : V = 2°
apparition de nodules devant M.V. et P.I Pouce

GAUCHE : IV ( doigt opéré en 1956 ) = 2°
il est porteur de nodules et se dévie en dehors.

Le malade a l'intention de faire opérer sa main gauche.

## OBSERVATION 110

M. V ... Né en 1887 Cardïen

M.D. bilatérale.

Le côté gauche a déjà été opéré dans un autre service.

La main droite présente une forme envahissant surtout le V. qui est au stade 3°, avec un gros nodule phalangien.

C.R.O. 27.2.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie avec plastie en "Z" devant P.I.

Extension complète obtenue en fin d'intervention.

Malade décédé en Juin 1956.

## OBSERVATION 111

M. M ... Né en 1899 Limeur

En 1933, début d'une M.D. bilatérale.

La main droite est opérée en 1955, dans un autre service, avec un résultat médiocre.

En 1956, le malade se présente à nous avec une forme très grave de la main gauche : grosses lésions palmaires et digitales
Les 3 derniers doigts sont en position 4°

C.R.O. 22.3.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur le IV.

En fin d'intervention, les doigts s'étendent.

Ce résultat ne s'est pas maintenu, et en 1958 :

III = 3° ; IV = V = 2°

La force de préhension est diminuée.

## OBSERVATION 112

Mme R ... Née en 1907 Secrétaire-Sténo

Antécédents personnels : En 1950, phlegmon du coude Droit, consécutif à une injection intraveineuse.
Rhumatismes.

En 1952, apparition d'une M.D. droite

En 1956, la main droite présente :
flexion à angle droit de PI-P2 du V.
avec un Nodule à la face ext. de PI-V

Il existe en outre une légère bride dans la 1ère commissure

C.R.O. 12.4.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Ablation des lésions digitales par une incision latérale.

En 1958, main strictement NORMALE.

## OBSERVATION 113

M. R ... Né en 1887 Tourneur

M.D. droite avec lésions scléreuses palmaires très importantes.
Nodules digitaux devant PI-II et IV
Bride thénarienne

C.R.O. 4.6.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie très large, avec ablation de la bride thénarienne, et plastie en "Z" sur II et IV.

Résultat assez satisfaisant en fin d'intervention,

Mais, depuis lors, le malade est perdu de vue.

## OBSERVATION 114

M. G ... Né en 1905 Agent E.D.F.

Maladie de Dupuytren bilatérale ;

la main Droite a déjà été opérée 2 fois en Province : Echec

La main GAUCHE : IV = 3°
V = 2°

Nodule devant PI-IV
Crosse bride à la face antérieure de l'éminence thénar.

C.R.O. 25.2.57 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et ablation de la bride thénarienne

Incision en "L" pour enlever le nodule PI-IV.

Ce malade, qui demeure en province, n'a pas répondu à notre questionnaire.

## OBSERVATION 115

Mme B ... Née en 1900 Econome

Maladie de Dupuytren droite :

IV = 2-3°

Il existe un gros nodule palmaire devant M.IV et une importante bande fibreuse, partant de la face interne de P2-IV, croise superficiellement le nerf collatéral, et se termine devant le milieu de P2-P3.

C.R.O. 5.7.56 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et ablation des lésions du IV.

Malade perdue de vue depuis 1956.

## O B S E R V A T I O N 116

M. D ... Né en 1892 Photographe

En 1930 d'une M.D. gauche qui se bilatéralisera seulement en 1945.

En 1956 : DROITE IV = 3° GAUCHE : IV = 1°
V = 2° V = 2°

C.R.O. 22.IO.56 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie droite difficile du fait du volume des lésions palmaires.
Ablation par incisions en "L" des nodules P.I-IV et V.

En 1958 : Main DROITE NORMALE
La main GAUCHE n'a pas évolué.

## O B S E R V A T I O N 117

M. V ... Né en 1898 Tailleur

Début en 1952 d'une M.D. très asymétrique, à prédominance droite.

En 1957 : Main Gauche : petits nodules palmaires

Main Droite : III = 2°; Nodule externe au niveau de P.I
IV = 3°; Nodule médian devant P.I.
V = 3°

C.R.O. IO.I.57 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur III et IV

Résultats en 1958 :

M. GAUCHE : extension des lésions fibreuses, mais pas de rétraction.

M. DROITE : Extension normale des doigts.
petit nodule sur la face ant. ext. de III.
Hypoesthésie de III.
Bride dans la 1ère commissure.
Main sensible au froid.

## OBSERVATION 118

M.V ... Né en 1903 Agent technique

Antécédents Familiaux : Mère atteinte de M.D.

Antécédents personnels : Ecrasement sans gravité de la main droite en 1952 n'ayant entrainé qu'un hématome du dos de la main. Arthralgies dans les épaules et la région lombaire.

Début de la maladie en 1947 ( uniquement droite ).

En 1957 : Lésions prédominant sur le IV :
IV = 3° ; Nodule PI.

C.R.O. IO.I.57 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et incision en "L" pour enlever le nodule de P.

Suites opératoires :
Nécrose limitée des bords de l'incision palmaire.

En 1958 : Main NORMALE, mais le malade se plaint de ne pouvoir que difficilement serrer quelque chose de petit dans la main.

## OBSERVATION 119

M. D ... Né en 1885 Jardinier

Début en 1947.

En 1957 : Main droite, lésions minimes
Main GAUCHE : III = 1° ; IV = 4°
Maladie de Ledderhose discrète.

C.R.O. 7.2.57 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie gauche

En 1958 : Main Gauche NORMALE.

## OBSERVATION 120

M. V ... Né en 1896 Manoeuvre

Ant.Personnels : Gelure des mains en 1940. - Début d'une :

" .. M.D. bilatérale en 1945.

En 1957 : DROITE III = 3° GAUCHE III = 3°
IV = 4° IV = 3°

C.R.O. 25.3.57 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie G. avec "Z" sur III et IV.

A l'ablation du plâtre, au 15ème jour, on découvre une nécrose de la moitié distale du V.

Résection de ce doigt le II.4.57

En 1958 : Résultat moyen :

DROITE : maladie aggravée, ayant pris le V = 3° et la 1ère commissure.

GAUCHE : III = IV = 2°

Articulations enraidies
Bride dans la 1ère commissure.

## OBSERVATION 121

M. H ... Né en 1909 Standardiste, mais a fait pendant 5 ans un travail agricole en Allemagne

Antécédents Familiaux : un Oncle

" Personnels: R.A.A.

Début de la maladie en 1941 (forme strictement unilatérale droite )

En 1957 : Sclérose palmaire importante - IV = 3°

C.R.O. I.4.57 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et "Z" sur P.I-IV.

Résultat en 1958 : Petits noyaux au niveau de l'insertion de l'A.P.M.sur l'aponévrose thénarienne. Main un peu douloureuse aux changements de temps et au froid. Hypoesthésie au niveau du "Z".

Par ailleurs, main NORMALE.

## OBSERVATION 122

M. M ... Né en 1902 Mécanicien

Antécédents personnels : Traumatisme du IV Droit en 1949, suivi d'ankyl. PI-P2

Début en 1945 d'une M.D. bilatérale.

En 1957 : douleurs dans la main lors de travaux durs

| | | | |
|---|---|---|---|
| M. DROITE : | III = 2° | M. GAUCHE | III = 2° |
| | IV = 3° | | IV = 3° |
| | V = 3° | | V = 3° |

avec nodules devant PI sur les doigts atteints.

C.R.O. Pr. Ag. J. GOSSET

13.5.57 Aponévrectomie Gauche et plastie en "Z" sur P.I-IV se prolongeant sur la face latérale de P.2 (cf. fig. 4-E)
Incision latérale sur P.I-V.

20.6.57, Aponévrectomie large ; par des incisions en "L" renversé, on enlève des brides du bord interne des doigts III, IV et V.

Actuellement :
Légères douleurs dans les mains lors de travaux de force
Hypoesthésie des III droit et gauche.
Mains très sensibles au froid.

Main DROITE : Bride dans la 1ère commissure gênant l'abduction
Main GAUCHE : Induration de la face ant. de P.I - III et IV
Force musculaire un peu diminuée.

## OBSERVATION 123

M. L ... Né en 1905 Commis Administrat.

Maladie bilatérale : Main droite a déjà été opérée, il reste une bride cicatricielle devant M.V
Main GAUCHE: rétraction du IV très minime
gros nodule devant P.I.

C.R.O. 6.6.57 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie et plastie en "Z" du IV.

Excellent résultat 3 mois après l'intervention ;

mais le malade n'a pas été revu depuis.

## OBSERVATION 124

M. D ... Né en 1907 Comptable.

Antécédents Personnels : Epilepsie,
Rhumatisme.

Maladie de Dupuytren bilatérale : en 1957

M. DROITE IV = 3° (+ nod. P.I) M. GAUCHE IV = 2°
V = 1° V = 4°

C.R.O. 6.6.57 Pr. Ag. J. GOSSET

GAUCHE : Amputation du V ( échec d'une opération pratiquée dans un autre service )

DROITE : Aponévrectomie et plastie en "Z" sur P.I.-IV

Résultat en 1958 : Main droite NORMALE anatomiquement et fonctionnellement mais Apparition d'une maladie de RAYNAUD en Janv. 1958. se manifestant par des crises 2 ou 3 fois par semaine localisées au IV- Dt.

## OBSERVATION 125

M. M ... Né en 1922 Tourneur

Antécédents Personnels : Piqûre septique de P.I-V droit en 1947;

En 1948, un an ½ plus tard, début d'une M.D. localisée au V Droit
V = 3°

C.R.O. 2I.II.57 Pr. Ag. J. GOSSET

Ablation par une incision en "Z" prolongée sur P2 (cf.fig.4-E) des lésions digitales.

Suite opératoire : Anesthésie transitoire du bord interne du V

En 1958 : Main NORMALE - pas de récidive.

N.B. Cette M.D. a été considérée par la Sécurité Sociale comme une suite de l'Accident de travail de 1947.

## OBSERVATION 126

M. S ... Né en 1903 Gardien de prison

Début en 1951 d'une M.D. bilatérale.

En 1957 :

Main DROITE V = 3° Main GAUCHE IV = 3° V = 4°

C.R.O. 4.I.57 Pr Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie typique.

Malade non revu depuis 1957.

## OBSERVATION 127

Mme D ... Née en 1902 Coiffeuse

Antécédents familiaux : Une grand mère

Début en 1955 d'une M.D. droite

Lésions prédominant sur le V

V = 2° ; Nodule P.I-V

On note au niveau du V l'existence du phénomène de doigt à ressort.

C.R.O. 15.I.57 Pr Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie droite typique.

Résultats en 1958 : Main NORMALE, si ce n'était : grande sensibilité du froid et l'apparition de brides et nodules de la 1ère commissure, et d'un nodule sur la face A.E. de MP.I

## OBSERVATION 128

M. T ... Né en 1893 Contrôleur de la R.A.T.P.

M.D. bilatérale ayant débuté en 1956.

En 1957 : il existe des douleurs au niveau des nodules après un travail manuel. La main droite est à cette époque seule atteinte :
III = IV = V = 3°

C.R.O. 29.I.57 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie.

En 1958 : M. DROITE : la rétraction des doigts n'a été que peu améliorée; mais la gêne fonctionnelle est moindre.
Bride dans la 1° commissure gênant l'abduction du Pouce

M. GAUCHE : Petits nodules devant MP - IV et V.

## OBSERVATION 129

M. D ... Né en 1910 Peintre de voitures.

Antécédents personnels : Epileptique
Fracture du IV gauche en 1955.

La maladie aurait débuté en Mai 1957, se manifestant par des crampes très douloureuses dans la main survenant la nuit. En quelques semaines, la rétraction de l'A.P.M. entraine la flexion des doigts :
DROITS : IV = V = 3°
lésions thén. considérables avec gêne à l'abduction

A Gauche : V = 2°
Grosse bride commissurale du 1er espace sans gêne fonctionnelle

C.R.O. 17.5.57 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie avec plastie en "Z" sur P.I-IV et incision en "L" sur P.I-V.

Suites : Légère suppuration palmaire, avec désunion partielle du "Z"

En 1958 : Troubles vaso-moteurs, rougeur et sueurs faciles cicatrices un peu sensibles.

Main DROITE : L'extension complète de tous les doigts est obtenue, les lésions thénariennes ne se sont pas aggravées.

Main GAUCHE : état identique à ce qu'il était en 1957.

## OBSERVATION 130

M. G ... Né en 1904 Manutentionnaire

Début en 1940, la rétraction n'apparait qu'en 1955

En 1957 : M. CAUCHE : peu de choses, nodule devant P.I-V
M. DROITE : III = 2°
IV = 3°
V = 2°

C.R.O. 21.3.57 Pr. Ag. J. GOSSET
Aponévrectomie droite.

En 1958 : M. DROITE : NORMALE, mis à part une certaine sensibilité au froid,
ce malade a été très amélioré par l'ionisation post-opératoire;

M. GAUCHE : aggravée, V = 2°
accentuation des lésions fibreuses
mais le malade trouve sa main améliorée par l'ionisation et refuse de se faire opérer actuellement.

## OBSERVATION 131

M. P ... né en 1904 Emballeur

Antécédent Personnel : Rhumatismes

Début en 1956

En 1957 : DROITE : un nodule MP. IV
GAUCHE : III = IV = V = 2°

C.R.O. 22.5.57 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie gauche

En 1958 : Main GAUCHE NORMALE ( sauf une hypoesthésie du IV )
fatiguabilité.

Main DROITE : Légère accentuation des lésions.

## OBSERVATION 132

M. M ... Né en 1904 Chauffeur de chaudières

En 1956, apparition d'une M.D. en même temps que grossit un kyste épidermoïde de la paume, consécutif à une piqure par écharde.

En 1957, la M.D. se limite à une bride devant MP-IV ;
le kyste gêne plus qu'elle.

C.R.O. 28.5.57 Pr. Ag. J. GOSSET

Exérèse du kyste.

Aponévrectomie des 2/3 internes de la paume.

En 1958 : main NORMALE.
Petit nodule sous la cicatrice du pli d'opp. du pouce

## OBSERVATION 133

M. M ... Né en 1895 Comptable.

M.D. Gauche ayant débuté en 1920, la rétraction n'est apparue qu'en 1942.

En 1957 : IV = 2° ; V = 3°

C.R.O. 9.7.57 Pr. Ag. J. GOSSET.

Aponévrectomie gauche et plastie en "Z" devant P.I - V

En 1958 :

Main Droite normale

Main GAUCHE : V = 1-2° ; Hypoesthésie.
Bride cutanée devant MP-V

Maladie de LA PEYRONIE.

## OBSERVATION 134

M. G ... Né en 1909 Ingénieur

Antécédents Personnels : Epilepsie.
Rhumatismes

Début en 1952 d'une M.D. bilatérale.

DROIT : IV = 3° GAUCHE III = 2°
V = 2°

C.R.O. I.IO.57 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie sans temps digital

Suites opératoires : le malade dit avoir été très amélioré par l'ionisation.

En 1958 : la main DROITE, serait NORMALE, si une légère perte de la flexion complète par enraidissement articulaire n'était apparue.

Main Gauche : pas d'aggravation.

## OBSERVATION 135

M. L ... Né en 1896 Porteur aux pompes funèbres.

M.D. ancienne ( 1933 ) ayant déjà été opérée plusieurs fois.
La main droite en 1939, avec un résultat assez bon se maintenant depuis lors.

La main gauche au contraire a été l'objet d'une intervention en 1954, qui n'a pas amélioré la main et a laissé des séquelles douloureuses et des cicatrices vicieuses.

Le 8.IO.57 Pr. Ag. J. GOSSET.
Une intervention est tentée pour essayer de libérer la main gauche; on tombe en plein tissu cicatriciel.
Et cette intervention se solde par un échec que n'améliorera pas la méoanothérapie.

## OBSERVATION 136

M. S ... Né en 1916 Employé de maison

Début en 1956 d'une M.D. bilatérale.

En Janvier 1958 : M. DROITE : IV = 1° ; V = 3°
M. GAUCHE : Atteinte légère sans rétraction.

C.R.O. 25.I.58 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie avec plastie en "Z" sur PI-V

Suites : Nécrose partielle du "Z"

A la sortie du plâtre, l'extension complète n'est pas obtenue :
V = 2°

Mécanothérapie en cours.

## OBSERVATION 137

M. M ... Né en 1884 Imprimeur

En 1955 débute une M.D. bilatérale.

En 1958 : M. DROITE : V = Gros nodules palmaires

M. GAUCHE : IV et V en position 4° très grave, avec incrustation des ongles dans la main, et suppuration palmaire.

C.R.O. 28.I.58 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie gauche et excision de nodules: opération très difficile en raison de la rétraction, et même après libération parfaite de tous les éléments sclérosés, les doigts se remettent spontanément en flexion : il semble bien s'agir d'un cas de rétraction associée des tendons fléchisseurs.

Un mois après l'intervention, le malade continue la mécanothérapie, ses doigts sont encore au stade : 2-3°

## OBSERVATION 138

M. L ... Né en 1901 Coupeur de fourrure

En 1945, début d'une M.D. gauche qui se bilatéralise en 1952.

En 1958 : DROITE : III = IV = 2°
Nodule très bas situé devant IV.

GAUCHE : IV = 3°
III = V = 2°

C.R.O. 26.2.58 Pr. Ag. J. GOSSET.
Aponévrectomie et plastie en "Z" sur IV.

Opération satisfaisante.
Mécanothérapie en cours.

## OBSERVATION 139

M. G ... Né en 1904

M.D. Droite avec prise uniquement du IV (=2°)

C.R.O. II.6.5I Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et plastie en "Z" sur PI-IV.

## OBSERVATION 140

M. D ... Né en 1897

Forme strictement unilatérale gauche;
avec localisation prédominante au V (=3-4°)

C.R.O. 2.I2.55 Pr. Ag. J. GOSSET

Aponévrectomie et Plastie en "Z" sur PI - V

Opération difficile, car la peau est très rétractée.